

СФОКУСИРОВАННАЯ НА РУМИНАЦИИ КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ

ЭДВАРД УОТКИНС



Table of Contents

[Предисловие](#)

[Об авторе](#)

[Введение](#)

[Благодарности](#)

[Часть I. Руминационные процессы в психопатологии и лечении](#)

[Глава 1. Почему лечение направлено на руминацию?](#)

[Устранение серьезного пробела в лечении](#)

[Резюме сфокусированной на руминации когнитивно-поведенческой терапии депрессии](#)

[Глава 2. Понимание руминации](#)

[Руминация — нормальный процесс, движимый неурегулированными целями](#)

[Патологическая руминация как привычка](#)

[Функциональные объяснения руминации: руминирование как форма избегания](#)

[Режим обработки в руминации](#)

[Связь между беспокойством и руминацией](#)

[Потенциальные функции руминации](#)

[Глава 3. Основные компоненты и принципы СРКПТ](#)

[Основные компоненты СРКПТ](#)

[Структура лечебных сессий](#)

[Основные техники, используемые в СРКПТ](#)

[Домашняя работа](#)

[СРКПТ и негативное мышление](#)

[Главные принципы СРКПТ](#)

[Часть II. Сфокусированная на руминации когнитивно-поведенческая терапия депрессии](#)

[Глава 4. Первичная оценка](#)

[Краткое ознакомление с предшествующим опытом, ситуацией и проблемой пациента](#)

[Обзор истории депрессии пациента и текущего или самого последнего эпизода](#)

[Первичная оценка руминации и связанного с ней избегания](#)

[Изучение конкретного эпизода руминации](#)

[Глава 5. Обоснование терапии и постановка целей](#)

[Обоснование терапии](#)

[Постановка цели](#)

[Домашняя работа](#)

[Глава 6. Функциональный анализ руминации](#)

[Основные шаги по проведению функционального анализа руминации](#)

[ФА избегания](#)

[Пример: случай Анны](#)

[Глава 7. Выбор лечебных интервенций](#)

[Основные интервенции](#)

[Инициирование интервенций](#)

[Изменение внешних условий: прерывание сигналов к привычке](#)

[Контробусловливание руминативной привычки: создание «если..., то...»-планов](#)

[Некоторые распространенные альтернативные варианты поведения для планов на случай непредвиденных обстоятельств](#)

[Глава 8. Практика по разработке интервенций](#)

[Устранение трудностей и препятствий](#)

[Работа с формулировкой СРКПТ](#)

[Устранение трудностей при реализации планов](#)

[ФА и терапевтические препятствия](#)

[Глава 9. Изменение стиля обработки](#)

[Стать конкретным и специфическим](#)

[Определение стиля мышления пациента](#)

[Поведенческий эксперимент «Почему — как»](#)

[Объяснение разницы между абстрактным и конкретным стилями обработки](#)

[Обучение конкретности](#)

[Визуализация, воображение и конкретность](#)

[Общие принципы работы с воображением](#)

[Глава 10. Изменение стиля обработки](#)

[Вовлеченность](#)

[Ключевые элементы в смещении стиля](#)

[Представление обоснования упражнений на вовлеченность](#)

[Упражнение на вовлеченность для информирования ФА](#)

[Проблемы с вовлеченностью](#)

[Пример диалога, который представляет понятие вовлеченности и выявление воспоминания о состоянии вовлеченности](#)

[Глава 11. Изменение стиля обработки](#)

[Сострадание](#)

[Почему нужно сострадание в СРКПТ?](#)

[Когда нужно выбрать сострадание в качестве интервенции](#)

[Представление сострадания пациентам](#)

[Основные шаги и принципы для поощрения сострадательного мышления](#)

[Действовать в духе сострадания](#)

[Пример содействия состраданию](#)

[Ценности](#)

[Часть III. Применение и расширение сркпт](#)

[Глава 12. Кейс СРКПТ от начала до конца](#)

[Первичная оценка: сессии 1 и 2](#)

[Краткое изложение лечения Стивена: сессии 3–10](#)

[Результат](#)

[Глава 13. Адаптации СРКПТ](#)

[Групповая терапия](#)

[Интернет-СРКПТ \(MindReSolve\)](#)

[Приложение. Раздаточные материалы](#)

[Раздаточный материал 1. Основные факты о руминации](#)

[Раздаточный материал 2. Избегание](#)

[Раздаточный материал 3. Постановка цели](#)

[Раздаточный материал 4. Самоконтроль](#)

[Раздаточный материал 5. Отслеживание руминации и избегания](#)

[Раздаточный материал 6. Форма записи эпизодов руминации](#)

[Раздаточный материал 7. Форма «Антецедент — поведение — следствие» \(ABC\)](#)

[Раздаточный материал 8. Быть более эффективным](#)

[Раздаточный материал 9. Форма «Быть более эффективным»](#)

[Раздаточный материал 10. Взаимодействие с жизнью через конкретность](#)

[Рекомендуем прочитать](#)

Эдвард Уоткинс

Сфокусированная на руминации когнитивно-поведенческая терапия депрессии



2023

Переводчик *В. Денисова*

Эдвард Уоткинс

Сфокусированная на руминации когнитивно-поведенческая терапия депрессии. — СПб.: Питер, 2023.

ISBN 978-5-4461-1502-0

© [ООО Издательство "Питер"](#), 2023

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Предисловие

Монография Эдварда Р. Уоткинса, профессора экспериментальной и прикладной клинической психологии в британском Университете Эксетера, посвящена современным аспектам терапии депрессии. Основной акцент в авторской модели терапии когнитивно-поведенческого направления, предложенной профессором Уоткинсом, сделан на процессе руминирования, что отражено в названии книги. В психиатрии руминацией (от лат. «пережевывание, повторение») называют навязчивый тип мышления, при котором одни и те же темы, мысли или образы настойчиво и регулярно возникают в голове человека, оттесняя другие полезные виды психической активности. Руминация в клинической практике, согласно теории стилей обработки информации и регулирования, предложенной профессором Йельского университета Сьюзен Нолен-Хоэксема, проявляется в виде сосредоточенного внимания на симптомах своего расстройства, а также рассуждениях о его возможных причинах и последствиях, в отличие от деятельности, направленной на решения. Именно она инициировала новаторские экспериментальные и лонгитюдные исследования, которые представили руминацию в качестве ведущего фактора уязвимости к депрессии. Автор этой монографии является психотерапевтом с большим опытом лечения депрессивных пациентов, и его исследования направлены на экспериментальное понимание психопатологии при депрессии, с особым фокусом на повторяющихся негативных мыслях и руминации. Он был коллегой и соратником Сьюзен Нолен-Хоэксеми до самой ее безвременной кончины в 2013 году.

Как отмечает Э. Уоткинс, за последние десятилетия именно руминация и повторяющиеся негативные мысли все чаще рассматривались в научном сообществе в числе наиболее важных когнитивных механизмов при возникновении и развитии депрессии и тревоги. Несмотря на это, до настоящего времени существовали лишь ограниченные и часто разрозненные описания того, как преодолевать руминации и оказывать качественную помощь пациентам с такими проблемами. Руминация является фактором трансдиагностической уязвимости, в связи с чем разработка более эффективных способов борьбы с этим механизмом при различных расстройствах является одной из первоочередных задач современной психотерапии. В связи с этим данное руководство представляет собой важный шаг на пути к решению этих проблем.

На развитие модели когнитивно-поведенческой терапии, сфокусированной на руминации (СРКПТ), оказало значимое влияние возрождение активного использования поведенческих подходов к лечению депрессии и, в частности, растущие доказательства эффективности поведенческой активации. Эта модель лечения разделяет с поведенческой активацией акцент на контекстуальные

подходы и функциональный анализ, разработанный Кристофером Мартеллом, Соней Димиджан (Christopher Martell, Sonja Dimidjian) и их коллегами, выдвинувшими ряд предложений о том, как поведенческая активация может помочь справиться с руминацией. Модель СРКПТ активно использует последние разработки терапевтических интервенций, иногда называемые техниками «третьей волны», такими как майндфулнес и терапия, сфокусированная на сострадании. В частности, СРКПТ включает в себя упражнения, направленные на увеличение вовлеченности в настоящий момент, состояние «потока» и содействующие самосостраданию. Ключевые отличия от перечисленных интервенций заключаются в том, что в СРКПТ формы и этапы использования этих интервенций выведены из надежной эмпирической экспериментальной исследовательской базы и прочно основаны на функциональной аналитической структуре.

Автор подробно и с наглядными примерами дает разъяснение руминаций и избегания, в том числе и прокрастинации, функционального анализа, психообразования, диспутирования, поведенческой активации и домашних заданий, а также многих других состояний, процессов и техник, которые будут полезны для терапии пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами, клиентов с социальными страхами и избегающим поведением, многими жизненными, в том числе социальными и коммуникативными, трудностями. Примеры терапевтических кейсов дают развернутое понимание специфики когнитивно-поведенческой терапии сфокусированной на руминациях.

Теоретические основания данной терапии выведены из серии экспериментальных исследований, показывающих наличие различных конструктивных и неконструктивных форм руминации. Они свидетельствуют о том, что существуют различные стили руминации, с различными функциональными свойствами и последствиями: полезный стиль, характеризующийся конкретным, ориентированным на процесс и конкретным мышлением, в отличие от бесполезного, низкоадаптивного стиля, характеризующегося абстрактным, оценочным мышлением. Основываясь на этих результатах, терапия предназначена для обучения людей переходу от неконструктивной руминации к конструктивной руминации посредством использования функционального анализа, эмпирических и визуальных упражнений и поведенческих экспериментов. Современные теоретические модели выдвигают гипотезу о том, что неурегулированные проблемы или недостигнутые цели вовлекают человека в обдумывания, чтобы способствовать эффективному саморегулированию для достижения цели. Таким образом, руминирование концептуализируется как попытка осмыслить тревожное событие или решить проблему. В рамках такой концепции руминация — это

повторяющаяся мысль на тему, связанную с нерешенными личными задачами и проблемами, которые могут иметь либо конструктивные, либо неконструктивные последствия, в зависимости от того, помогает руминация или препятствует достижению пока еще недостигнутой цели, которая вызвала руминацию.

Функциональный анализ является подходом, направленным на определение функций и контекстов, при которых происходит желаемое и нежелательное поведение, и, таким образом, происходит поиск способов систематического усиления или редукции поведения, являющегося мишенью анализа. Анализ сфокусирован на изучении изменчивости и контекста поведения в рамках личного опыта человека, а также для использования этого материала для руководства интервенциями. Одна из практических целей функционального анализа — улучшить способность пациента различать, когда, где, при каких обстоятельствах, с кем и как работает или не работает та или иная стратегия. В СРКПТ функциональный анализ используется в качестве формы обучения способности осуществлять такие различения.

Профессор Эдвард Р. Уоткинс поясняет, что руминация — это усвоенное привычное поведение, которое развилось через негативное подкрепление, и он концептуализирует это поведение в качестве формы компенсаторной стратегии избегания, которое в свою очередь может иметь разные варианты подкрепления и генеза. Как он пишет в книге: «руминативное мышление, как правило, сфокусировано на причинах, следствиях и смыслах, а не на том, как решать проблемы. Стиль руминативного мышления, как правило, абстрактный, категоричный и сверхобобщенный, а также сосредоточен на оценках и не связан с деталями произошедшего. Этот более абстрактный и категоричный стиль затрудняет решение проблем пациентами и имеет тенденцию -усугублять ситуацию, поскольку пациенты склонны видеть вещи без контекста (например, “Я всегда ошибаюсь”), а не в насыщенном контекстом ключе (например, “Я ошибся в каком-то конкретном случае, когда я чувствовал себя определенным образом, в определенном месте в конкретное время, с определенным человеком”))».

Обычно люди склонны переходить к более конкретным описаниям, когда возникают сложности, и использовать более абстрактные и обобщенные уровни, когда дела идут хорошо. При депрессии этот баланс часто нарушается, с тенденцией к более абстрактному, порой сверхобобщенному и менее конкретному мышлению. Это нарушение баланса стилей мышления может повлиять на способность к решению проблем. Руминация возникает, когда стиль мышления приводит лишь к увеличению объема размышлений, а не к планам и действиям. Хороший способ проверить балансировку этих стилей мышления, это рассмотреть взаимосвязь между мышлением и действием: если рассуждение о проблеме приводит лишь к увеличению размышлений как таковых, то мышление,

вероятно, слишком абстрактно, подпитывает само себя, переходя в руминацию, свехобобщение и бездеятельность. Если размышление о проблеме приводит к плану, принятию решения и к какому-то действию, чтобы справиться с ней, человек, вероятно, мыслит конкретно. И это как раз именно то, что нужно делать, столкнувшись с трудностями или стрессовыми событиями.

В контексте исследовательских работ А.Т. Бека, Дж. Бек и их школы, в которых подробно описаны типичные категории компенсаторных стратегий, избегание как компенсаторная стратегия может нарастать настолько, что в итоге радикально ограничивает жизнь человека, в которой останется очень мало занятий и деятельности, дающих шанс почувствовать себя живым или наполненным. Это в свою очередь в качестве ангедонии еще больше способствует депрессивному настроению и состоянию. Чтобы уменьшить депрессию, нужно открыться своим возможностям и попробовать захватывающие и полезные занятия. Этому способствуют в том числе различные упражнения и техники, описанные в этой книге, — от тренировки целеполагания до -погружения в состояния потока, самопринятия и самосострадания.

СРКПТ использует оспаривание мыслей в гораздо меньшей степени, чем стандартная КПТ. Сократовский диспут в СРКПТ, как правило, фокусируется не на доказательствах и точности мышления или на создании альтернативных интерпретаций, а скорее на функциях, целях и полезности мыслей и поведения. Основное внимание уделяется закономерности и последовательности мышления, а не смыслу отдельных мыслей. Ключевым инновационным элементом в СРКПТ является фокусировка на переходе стиля обработки информации в мышлении пациента от неконструктивных форм мышления к более конструктивным формам с использованием функционального анализа, воображения и экспериментальных подходов.

Ключевой принцип в СРКПТ заключается в направлении пациентов от своей непродуктивной тенденции абстрактных, оценочных, сравнительных, концептуальных и пассивных способов реагирования к активным, конкретным, эмпирическим и специфическим формам деятельности. Функциональный анализ помогает пациентам понять, что их руминации о негативном персональном опыте могут быть полезными или бесполезными, и обучить их тому, как перейти к использованию более адаптивного стиля мышления. Кроме того, пациенты используют направленные образы для воссоздания предыдущих психических состояний, когда в их жизни был задействован этот более адаптивный стиль мышления, в том числе таких, как воспоминания о полном поглощении деятельностью в состояниях «потока» или «пикового» опыта. Переход к таким состояниям становится надежной альтернативой руминации. Независимо от того, создается ли такой опыт с помощью техник, упражнений или фактическим

участием в деятельности, он является сильным противоядием руминации, свехобобщению и инертности и действует как мощный антидепрессант.

СРКПТ представляет собой специфически разработанную модель КПТ для лечения руминации, обычно состоящую из серии в виде 12 отдельных сеансов, проводимых еженедельно или раз в две недели. В монографии подробно описана и групповая форма СРКПТ, состоящая из шести сеансов. В настоящее время автором с коллегами разрабатывается платформенное интернет-решение проведения СРКПТ, что также в качестве рабочего примера может представлять интерес для отечественных специалистов, занимающихся проблемами и современными решениями в психотерапии аффективных расстройств.

Это подробное руководство позволит как начинающим, так и опытным специалистам в области охраны психического здоровья расширить свое видение механизмов, способствующих генезу, развитию и поддержанию депрессии, и, что самое важное, поможет освоить инструментарий и методологию современных форм и методик работы с руминациями, навязчивыми рассуждениями и избеганием.

Ковпак Дмитрий Викторович, врач психотерапевт, доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, президент Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации, член Координационного совета Санкт-Петербургского психологического общества, член Исполнительного совета международной ассоциации когнитивно-поведенческой терапии (IACBT board member), член Международного консультативного комитета Института Бека (Member of the Beck Institute International Advisory Committee), официальный амбассадор города Санкт-Петербурга

Об авторе

Эдвард Р. Уоткинс, PhD, CPsychol — профессор экспериментальной и прикладной клинической психологии в Университете Эксетера (Великобритания) и директор Центра расстройств настроения и лаборатории исследования дезадаптивных к адаптивной повторяющейся мысли (SMART). Доктор Уоткинс практиковал в качестве когнитивно-поведенческого терапевта в течение 20 лет, специализируясь на депрессии. Его исследования направлены на экспериментальное понимание психопатологии при депрессии — с акцентом на повторяющиеся негативные мысли и руминацию, а также на разработку и оценку новых психологических интервенций при расстройствах настроения, включая рандомизированные контролируемые исследования лечения, в которых руминация при депрессивном расстройстве определена в качестве мишени. Доктор Уоткинс — лауреат премии «Мэй Дэвидсон» Британского психологического общества за выдающийся вклад в развитие клинической психологии в течение первых 10 лет карьеры.

Введение

Эта книга написана для врачей, которые хотят найти лучшие способы борьбы с проблемами руминации и беспокойства у своих пациентов. Она предназначена для практикующих врачей любого уровня, от стажера до супервизора в когнитивной терапии.

Последние 20 лет руминация и повторяющиеся негативные мысли все чаще назывались в числе наиболее важных когнитивных механизмов при возникновении и сохранении депрессии и тревоги. Несмотря на это, до настоящего времени существовали лишь ограниченные и порой схематичные описания того, как бороться с руминацией. Я написал данную книгу, чтобы заполнить этот важный пробел, дав терапевтам подробное и всеобъемлющее руководство. Таким образом, ее цель — представить самые современные принципы и стратегии, которые я нашел эффективными в снижении руминации у пациентов.

Книга основана на оригинальном руководстве по лечению, которое я написал для исследовательского испытания сфокусированной на руминации когнитивно-поведенческой терапии (СРКПТ), и, таким образом, это основанное на фактических данных руководство, использующее лечение, доказавшее свою эффективность. Данная книга была разработана и построена на основе этого руководства таким образом, что включает клинические знания и опыт, полученные за последние 15 лет разработки и внедрения СРКПТ. В то время как мои исследования лечения изначально были сфокусированы только на руминации в контексте резидуальной депрессии, идеи и методы в этой книге не ограничиваются этим применением. В исследовании 2011 года руминация определена в качестве мишени, как единственный фокус терапии, чтобы провести надежную проверку того, действительно ли снижение руминации приведет к снижению резидуальной депрессии. Тем не менее примечательно, что недавно завершенное исследование подтвердило дополнительные пре-имущества СРКПТ для депрессии по сравнению с существующими методами лечения: группа СРКПТ значительно превзошла стандартную группу когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в снижении симптомов депрессии у находящегося в психиатрической амбулатории 131 взрослого пациента с большим депрессивным расстройством (Hvenegaard, Watkins, Gondan, Grafton, & Moeller, 2015). Другая работа показала эффективность СРКПТ в профилактике депрессии и тревоги у молодых людей, а также в снижении руминации и депрессии у подростков с перенесенной депрессией в анамнезе. Кроме того, существуют веские теоретические и эмпирические причины для более широкого применения данного лечения.

Подходы и методы, изложенные в этом руководстве, могут быть использованы как отдельное направление — для самостоятельного лечения депрессивного расстройства; включены в качестве модуля, сфокусированного на руминации или беспокойстве, в курс КПТ для депрессии или других расстройств, либо в виде дополнения к другим интервенциям. Например, если вы работаете с пациентом, которому сложно достичь прогресса из-за серьезных руминаций или беспокойства, то интервенции, представленные в этой книге, способны помочь выйти из тупика, независимо от его диагноза. Я полагаю, что данное руководство поможет терапевтам лечить беспокойство и руминации при любых расстройствах, где присутствуют эти пагубные симптомы.

Идея книги родилась более 20 лет назад, когда я работал когнитивно-поведенческим терапевтом в подразделении аффективных расстройств в Институте психиатрии и больнице Модсли в Лондоне, где регулярно занимался КПТ с пациентами, имевшими депрессивное расстройство, которых направляли в эту службу, потому что они испытывали самую стойкую и тяжелую депрессию. Хотя были получены хорошие результаты с использованием классической КПТ Аарона Бека для депрессии, оставалась значительная доля пациентов, у которых улучшение являлось незначительным или отсутствовало. Когда я стал внимательнее наблюдать и теснее взаимодействовать с ними, выяснилось, что почти все эти люди сообщили, будто руминация — их основная проблема, хотя ранее они о ней не спрашивали и ее не рассматривали. Благодаря наблюдениям я сумел понять феноменологию руминации и начал экспериментировать с лучшими способами ее лечения.

Параллельно с моими исследованиями быстро расширялось поле научно-исследовательской литературы по теме руминации, появлялось все больше доказательств ее важности как фактора уязвимости. Главным образом — из лаборатории Сьюзен Нолен-Хоэксема (Susan Nolen-Hoeksema). Ее исследования были сфокусированы на следствиях руминации, а мои собственные — на ряде удачных наблюдений, сделанных в ходе моей докторской работы по изучению механизмов, лежащих в основе руминации. Она описана в главе 2, которая иллюстрирует связи между клиническими исследованиями и клиническими методами, а также содержит подробную информацию для исследователей и практикующих врачей, заинтересованных в продолжении исследований.

С тех пор СРКПТ превратилась в интеграцию многолетнего клинического наблюдения и апробирования подходов к лечению с преобразованием экспериментальных результатов в клинические методы. Эта книга представляет собой резюме, кульминацию всей клинической и исследовательской работы, цель которой — широкое распространение названных идей среди терапевтического сообщества.

Лечение, описанное в данном руководстве, основано на классическом подходе СВТ к лечению депрессивного расстройства. В первую очередь потому, что именно этому подходу я обучался. На развитие СРКПТ также сильно повлияло возрождение поведенческих подходов к лечению депрессии в течение последнего десятилетия и, в частности, рост доказательств поведенческой активации. Данное лечение разделяет с поведенческой активацией акцент на контекстуальные подходы и функциональный анализ, разработанный Кристофером Мартеллом, Соней Димиджян (Christopher Martell, Sonja Dimidjian) и другими. Действительно, в связи с моей работой Мартелл и соисследователи вносили предложения о том, как поведенческая активация может справиться с руминацией. Обнадёживает тот факт, что их предложения полностью перекликаются с теми, которые описаны в этой книге.

Поскольку разработка СРКПТ также основывалась на моей экспериментальной исследовательской работе, указывающей на важность изменения стиля обработки как средства выведения пациентов из патологической руминации, интервенция имеет ряд эмпирических подходов, предназначенных для корректировки способа обработки. То есть СРКПТ пересекается с рядом последних терапевтических интервенций, иногда называемых интервенциями «третьей волны», такими как майндфулнес и терапия, сфокусированная на сострадании. В частности, она включает в себя упражнения, направленные на увеличение вовлеченности в настоящий момент и для содействия самосостраданию. Главные отличия от названных интервенций заключаются в том, что в СРКПТ все эти интервенции получены из надежной эмпирической исследовательской базы и прочно связаны с функциональной аналитической структурой. Например, подходы к повышению уровня сострадания, изложенные в данном руководстве, хоть и вдохновленные основополагающей работой Пола Гилберта (Paul Gilbert), указывающей на важность сострадания, отличаются от его подхода тем, что основаны на выявлении и воображении пациентами собственного опыта сострадания.

В основе этой книги лежит попытка улучшить лечение распространенных проблем психического здоровья. Несмотря на то что у нас имеются эффективные методы, в том числе классическая КПТ, есть значительный потенциал для роста, а более эффективные и устойчивые методы лечения депрессии и тревоги по-прежнему остаются серьезной проблемой. Выявление важных механизмов, таких как руминация, и их определение в качестве мишени — часть процесса по удовлетворению этой актуальной потребности. Кроме того, с учетом растущих доказательств того, что руминация является фактором трансдиагностической уязвимости, разработка более эффективных способов борьбы с этим механизмом при различных расстройствах — одна из первоочередных задач.

Данное руководство представляет собой шаг на пути к решению названных проблем. Я надеюсь, читатель понимает, что знакомство с ним не только улучшит его клиническую практику и результаты пациентов, но также способно вдохновить на дальнейшие терапевтические и исследовательские разработки в данном направлении.

Благодарности

Наука движется вперед, стоя на плечах у гигантов, поэтому создать в мире терапии что-то совершенно новое не представляется возможным. Я как ученый тоже обязан многим людям, с которыми работал и на труды которых опирался все 20 лет моей клинической практики и исследований, ориентированных на изучение руминации когнитивно-поведенческой терапии (СРКПТ).

С самого начала три человека — Сьюзен Нолен-Хоэксема, Джон Тисдейл и Рут Уильямс (Susan Nolen-Hoeksema, John Teasdale, and Ruth Williams) — сыграли решающую роль в рождении СРКПТ. Каждый из них вдохновил меня по-своему, и каждого я не могу отблагодарить в достаточной степени.

Деятельности, сфокусированной на лечении руминации, не было бы без основополагающей работы Сюзан Нолен-Хоэксема. Она инициировала новаторские экспериментальные и лонгитюдные исследования, которые сделали руминацию основным фактором уязвимости к депрессии. Для меня лично Сьюзен была вдохновляющей и проницательной соратницей, с которой состоялось много увлекательных бесед. Мы все скорбим из-за ее преждевременной кончины. Надеюсь, эта работа станет шагом на пути к реализации ее мечты — эффективно решить проблему руминации. Эта книга посвящена памяти и духу Сьюзен.

Развитие СРКПТ было бы невозможно без наставничества Джона Тисдейла и Рут Уильямс — научных руководителей моей докторской работы, прививших мне ценности и навыки, на которых она строилась. Джон поощрял мой энтузиазм в отношении клинических исследований и фокуса всей карьеры на «вскрытие» механизмов. Он способствовал строгости и ясности проводимой работы. Все хорошее в моих собственных экспериментальных исследованиях связано с требовательными стандартами и мудростью Джона. Рут познакомила меня с когнитивно-поведенческой терапией, продемонстрировав уникальную комбинацию природной точности, сострадания и человечности. Это неслучайно главные устремления в рамках СРКПТ: Рут способна отдать должное лучшим частицам того, что появилось в терапии. Не менее важно, чем опыт, то, что Джон и Рут олицетворяют заботу, юмор, добросовестность и скромность. Для меня большая честь быть направляемым не только лучшими клиническими исследователями, но и лучшими из людей. Большое спасибо вам обоим!

Конечно, разработка лечения — не индивидуальное усилие, а работа команды специалистов. Она сыграла ведущую роль в достижении хорошего результата. Мне очень повезло в начале пути работать с лучшими исследователями Ником Моберли (Nick Moberly) и Мишель Мэлдс (Michelle

Moulds) для продвижения изучения руминации. Невозможно представить, что я мог найти кого-то умнее, энергичнее или продуктивнее Ника или Мишель — каждый из них бесценен по-своему. Очень приятно видеть, как они добиваются индивидуального успеха, и продолжать сотрудничать с такими прекрасными коллегами. Спасибо, Ник и Мишель!

Особая признательность Яну Скотту (Jan Scott), который давал полезные рекомендации на критическом этапе первого тестирования СРКПТ и был фантастическим чирлидером для этой работы. Не менее важна самоотдача исследователей и терапевтов в рамках испытаний лечения СРКПТ, которые по-мogli завершить эту работу с ограниченным бюджетом. Спасибо Кэтрин Раймс (Katharine Rimes), Герберту Штайнеру (Herbert Steiner), Нилу Батерсту (Neil Bathurst), Рейчел Истман (Rachel Eastman), Джанет Уингроув (Janet Wingrove), Сандре Кеннелл-Уэбб (Sandra Kennell-Webb) и Яннис Малль (Yanni Malliaris)!

Свой вклад в СРКПТ также внесли коллеги по всему миру, среди которых Томас Эринг (Thomas Ehring), Морис Топпер (Maurice Topper), Мортен Хвенегор (Morten Hvenegaard), Стайн Мёллер (Stine Moeller), Мортен Киструп (Morten Kistrup), Стивен Линтон (Steven Linton), Мария Тиллфорс (Maria Tillfors), Винни Мак (Winnie Mak) и Патрик Люнг (Patrick Leung), и которые, я надеюсь, продолжат вносить вклад в ее развитие.

Эта работа была бы невозможна без крупномасштабного финансирования. Я благодарен Wellcome Trust и Совету по медицинским исследованиям Великобритании — за финансирование экспериментальной науки, которая лежит в основе СРКПТ, и Национальному альянсу по исследованиям шизофрении и депрессии — за финансирование первичного испытания СРКПТ.

Кроме того, хорошим подспорьем для меня стали плодотворные беседы с коллегами в области депрессии и когнитивно-поведенческой терапии. Это замечательное сообщество, основанное на сотрудничестве и поддержке. Я не могу перечислить всех, кто повлиял на мое мышление и чьи идеи легли в основу этой книги. Тем не менее мне хочется особо выделить и поблагодарить Пола Гилберта (Paul Gilbert) и Кристофера Мартелла (Christopher Martell) — за их энтузиазм и предоставленную возможность глубже понять механизмы сострадания и поведенческой активизации соответственно. А также Марка Уильямса (Mark Williams), Марка Фристана (Mark Freeston), Тома Борковца (Tom Borkovec), Дэвида М. Кларка (David M. Clark), Стива Холлона (Steve Hollon), Роба ДеРубейса (Rob DeRubeis), Пола Хертела (Paula Hertel), Эллисон Харви (Allison Harvey), Ютту Йоорман (Jutta Joormann), Колина Маклауда (Colin MacLeod), Анке Элерс (Anke Ehlers), Колетт Хирш (Colette Hirsch), Филипа Рэса (Filip Raes),

Эмили Холмс (Emily Holmes), Дирка Херманса (Dirk Hermans), Пьера Филиппо (Pierre Philippot), Эрнста Костера (Ernst Koster), Руди Де Раедта (Rudi De Raedt) и Кристофера Фэрберна (Christopher Fairburn).

Я также хочу выразить глубокую признательность Юджину Муллану (Eugene Mullan) — фантастически отзывчивому коллеге, чей неизменный оптимизм помог мне пережить самые мрачные дни. Его способность видеть возможности для улучшения ситуации даже в самые трудные времена — урок для всех нас. Джим Нагеотт — старший редактор «Гилфорд Пресс» — был движущей силой в создании этой книги. Спасибо, Джим, — за ваше видение того, как собрать проект, за поддержку и ободрение, а также за ваше разумное редакционное суждение, которое по-могло сформировать гораздо лучшую и более четкую версию книги! Спасибо, что приложили все усилия ради получения желанного изображения на обложку книги. А старший помощник редактора Джейн Кейслар, старший редактор по выпуску Анна Нельсон и редактор Розали Уидер были чрезвычайно обстоятельными, внимательными и точными — без суетливости и настойчивыми в своих напоминаниях — без ворчания. Спасибо за это!

Самые важные люди в этом начинании — те, кто страдает от руминации и депрессии, кто любезно и мужественно посвятил свое время волонтерству в наших исследованиях и СРКПТ. Их готовность делиться опытом и уроками жизни была неоценима для развития данной терапии. Я очень много узнал, познакомившись с видением тех, кто претерпевает муки руминации; работал вместе с ними, желая выяснить, какое решение подойдет лучше. Я очень благодарен всем участникам и пациентам, вовлеченным в наше исследование. И надеюсь, что их альтруизм в какой-то степени был вознагражден личными выгодами и содействием выздоровлению других людей, испытывающих депрессию.

Наконец, что касается меня лично, я не смог бы ничего сделать без любви и поддержки моей семьи, особенно моей жены Джо (Jo). Спасибо, Джо, за то, что ты со спокойствием, терпением и юмором относилась ко мне, и за споры с детьми, когда я отсутствовал, проводя время за письменным столом. Я считаю своим благословением иметь такого замечательного партнера, чья компания — лучшее средство от руминации, которое мне известно.

Часть I. Руминационные процессы в психопатологии и лечении

Глава 1. Почему лечение направлено на руминацию?

В этом руководстве подробно описана новая форма когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), предназначенная для лечения депрессии и ее распространенных коморбидных расстройств, направленных на руминативное мышление. В части I я даю обоснование, лежащее в основе разработки терапии, а также раскрываю подкрепляющие ее теоретические и клинические принципы. Основополагающий принцип моей работы заключается в том, что нам нужно достичь -лучших результатов в лечении и предотвращении депрессии. Для -эффективного достижения этого необходимы понимание и ориентация на ключевые механизмы, вызывающие -депрессию*.

Устранение серьезного пробела в лечении

Депрессия — серьезный глобальный вызов

Депрессия — очень распространенное заболевание, затрагивающее 20 % женщин и 10 % мужчин на протяжении их жизни. Кроме того, это хроническое, изнурительное и повторяющееся расстройство (Kessler et al., 1994). Медицинские, социальные, экономические и персональные затраты на депрессию огромны, поскольку она ухудшает качество жизни, снижает производительность труда, препятствует исполнению социальных и семейных ролей, увеличивает риск суицида и самоповреждающего поведения, а также значительно увеличивает глобальное бремя болезней (Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2008 г.).

В данном случае речь идет о депрессии, относящейся к диагнозу большого депрессивного расстройства, рассматриваемого в таких документах, как *Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам* (DSM), теперь в его 5-й редакции (DSM-5; Американская психиатрическая ассоциация, 2013 г.), и *Международная классификация болезней*, теперь в 10-м пересмотре (МКБ-10; Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ, 1992 г.)). К важным признакам большого депрессивного расстройства относятся: значительное нарушение настроения (как минимум 2 недели продолжающегося депрессивного настроения или потери интереса / удовольствия / мотивации, например ангедония) и по крайней мере четыре дополнительных когнитивных, поведенческих или физических симптома. Также симптомы должны проявляться в течение всего или большей части дня, почти каждый день на протяжении как минимум 2 недель. Для постановки диагноза эпизод должен быть клинически значимым в плане вызывания дистресса или

нарушения функционирования в привычных социальных либо профессиональных ролях человека. Кроме того, альтернативные причины симптомов, такие как тяжелая утрата (хотя данный пункт был исключен в DSM-5, Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра) или прямые физиологические последствия соматического заболевания (например, гипотиреоза), лекарств и злоупотребление психоактивными веществами, нужно исключить до постановки диагноза большого депрессивного расстройства.

По бремени болезней в мире большое депрессивное расстройство сегодня стоит на втором месте и, безусловно, является главной причиной потери трудоспособности (ВОЗ, 2001 г.). По оценкам экспертов, к 2020 году оно будет занимать второе место по тяжести болезней среди всех расстройств (Murray & Lopez, 1996).

Имеются другие формы депрессивного расстройства, такие как дистимическое расстройство, диагностируемое, если симптомы сохраняются не менее двух лет, хотя могут быть кратковременные периоды нормального настроения продолжительностью не более 2 месяцев. Кроме того, для того чтобы был поставлен такой диагноз, должно отмечаться, что дистимическое расстройство вызывает значительный дистресс или нарушение важных функций человека. Диагноз легкого депрессивного расстройства устанавливается в случаях, когда симптомы присутствуют как минимум 2 недели, но их количество меньше 5, при наличии которых диагностируется большое депрессивное расстройство. Повторяющаяся кратковременная депрессия относится к эпизодам продолжительностью от 2 дней до 2 недель, появляющихся не реже 1 раза в месяц в течение года. В совокупности эти разные формы депрессии — наиболее частые проявления проблем психического здоровья: на них приходится 38 % всех амбулаторных диагнозов в США, причем каждый из них сопровождается дистрессом и потерей трудоспособности.

Основной пробел в лечении

Важно отметить, что, несмотря на высокую частоту и последствия всех форм депрессии, мы по-прежнему сталкиваемся с серьезным пробелом в лечении. Большинство людей, имеющих депрессию, не получают лечения. Около трети тех, кто получает лечение, не поддаются ему с помощью существующих подходов. А более половины тех, кто впервые переживает большой депрессивный эпизод, будут испытывать один или несколько рецидивов. Таким образом, хотя у нас есть эффективные методы лечения, такие как антидепрессанты и КПТ (Hollon et al., 2005; Nathan & Gorman, 2007), существуют

еще более значительные возможности для улучшения ситуации. Ограничения используемых на сегодняшний день эффективных методов лечения имеют значительную долю частичного ответа или его отсутствия (более 40 %) и неутешительные показатели ремиссии (менее трети; Hollon et al., 2005; Nathan & Gorman, 2007). Более того, даже эффективные методы лечения имеют высокий уровень обострений и рецидивов (50–80 %), вследствие чего немногие пациенты действительно достигают устойчивого выздоровления (Bruce et al., 2005; Judd, 1997). Улучшение профилактики рецидивов было определено в качестве приоритета для исследования по лечению депрессии, потому что значительная часть людей с депрессией демонстрируют хронический или рекуррентный жизненный цикл. Нам нужно улучшить эффективность и устойчивость результатов наших методов лечения.

Например, после того как пациентов с большим депрессивным расстройством лечат рекомендованными дозами антидепрессантов, приблизительно 30 % испытывают частичное улучшение, то есть перестают соответствовать критериям большого депрессивного расстройства, но все еще имеют повышенные депрессивные симптомы, которые вызывают значительный дистресс и инвалидность (Cornwall & Scott, 1997; Paykel et al., 1995). Данный подтип депрессии характеризуется как резидуальная депрессия, а иногда и как трудно поддающаяся лечению или лекарственно-резистентная депрессия. Это хроническая и устойчивая форма депрессии. Необходимо рассматривать резидуальную депрессию как по причине ее частого повторения, так и потому, что резидуальные симптомы увеличивают вероятность возобновления и рецидива депрессии в будущем. Проспективные лонгитюдные исследования указывают на то, что повышенные резидуальные симптомы — один из лучших показателей, позволяющих прогнозировать возобновление депрессии в будущем (Fava, 1999; Judd, 1997; Judd, Paulus, & Zeller, 1999; Paykel et al., 1995). Более того, лечение, которое снижает резидуальные симптомы, уменьшает риск рецидива (Fava, Zielezny, Savron, & Grandi, 1995). Хронический характер депрессии также связан со значительным дистрессом, высокими показателями коморбидности, выраженными функциональными нарушениями и увеличением использования медицинских услуг. Рандомизированные контро-лируемые исследования (РКИ) КПТ показывают, что терапия эффективна для снижения риска возобновления депрессии, если она эффективна при уменьшении острых симптомов, но менее эффективна в случае достижения ремиссии при хронической депрессии. Поиск методов лечения депрессии, которые лучше подходят и резидуальному лечению и резидуальной депрессии, и трудно поддающейся лечению хронической депрессии, а также применимых для достижения ремиссии и предотвращения рецидива, является насущной необходимостью^{**. [__](#)}.

Как сделать наши методы лечения эффективными и долговременными

Очевидно, что повышение результативности и устойчивости эффекта психологических интервенций требует лучшего уменьшения резидуальных симптомов депрессии. Существует много общих резидуальных симптомов, таких как раздражительность, тревога, потеря уверенности, инсомния, а также склонность беспокоиться и руминировать о трудностях. Один из потенциальных подходов к совершенствованию лечения состоит в том, чтобы определить и целенаправленно воздействовать на них.

Наряду с устранением основных резидуальных симптомов последние рекомендации по улучшению психологического лечения подчеркивают ценность ориентации на выявление психопатологических механизмов для повышения его эффективности (Barlow, 2004). Хотя КПТ депрессии эффективна и влияет на обработку депрессогенной информации (Hollon et al., 2005), она мало изменилась после публикации основополагающего руководства по лечению (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), несмотря на значительно более позднее исследование психопатологии. КПТ тревоги, напротив, изменилась в ответ на изучение психопатологии, что привело к новым и более эффективным интервенциям (например, работа Дэвида Кларка и Анке Элерс о паническом расстройстве, социальной тревоге и посттравматическом стрессовом расстройстве [ПТСР]). Таким образом, фокусирование на основных механизмах, как рекомендовано в недавней инициативе Национального института психического здоровья США (Sanislow et al., 2010) — Критериях области исследования (Research Domain Criteria), дает возможности для улучшения психологических интервенций в случае депрессии.

Лечение, представленное в этой книге, предполагается вести именно в данном направлении. В частности, оно акцентировано на механизме руминации. К счастью, такое фокусирование на руминативной мысли при депрессии позволяет убить двух зайцев одним выстрелом, поскольку оно нацелено как на резидуальные симптомы депрессии (Roberts, Gilboa, & Gotlib, 1998), так и на ключевой механизм, связанный с ее возникновением и поддержанием (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008; Watkins, 2008). Если быть точным в терминологии, руминация определяется как возобновляющееся и повторяющееся размышление о симптомах (например, усталость, плохое настроение), чувствах, проблемах, неприятных событиях и негативных аспектах личности, обычно с упором на их причины, значимость и последствия. В частности, Сюзан Нолен-Хоксема определила руминацию как «пассивную и повторяющуюся фокусировку на симптомах дистресса и обстоятельствах, связанных с этими симптомами» (Nolen-Hoeksema, McBride, & Larson, 1997).

Руминация как основная терапевтическая мишень

Выбор руминации в качестве первичной терапевтической мишени имеет веские причины.

Во-первых, это часто встречающийся резидуальный симптом, сохраняющийся значительно выраженным как после частичной, так и после полной ремиссии (Riso et al., 2003; Roberts et al., 1998). Пациенты, находящиеся в депрессии сейчас или испытывавшие ее в прошлом, сообщают о повышенном уровне руминирования по сравнению с теми, кто никогда не был в депрессии (Roberts et al., 1998). Кроме того, повышенная руминация ассоциируется с меньшей чувствительностью как к антидепрессантам, так и к когнитивной терапии (Ciesla & Roberts, 2007; Schmalting, Dimidjian, Katon & Sullivan, 2002), предполагая, что это может способствовать частичной ремиссии.

Во-вторых, есть многочисленные и убедительные доказательства причастности руминации к возникновению и сохранению депрессии (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Watkins, 2008). Проспективные лонгитюдные исследования показали, что самоотчетная руминация, обычно оцениваемая по опроснику стиля реакции*** (RSQ; Nolen-Hoeksema, 1991; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003), предсказывает (1) будущее начало большого депрессивного эпизода в течение ряда последующих периодов у изначально не депрессивных людей (Just & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, 2000), при этом Спасоевич и Аллой (Spasojević and Alloy, 2001) обнаружили, что руминация опосредует влияние других факторов риска на начало депрессии; (2) депрессивные симптомы в течение ряда периодов наблюдения у изначально не депрессивных людей после контроля за исходными симптомами (Abela, Brozina & Haigh, 2002; Butler & Nolen-Hoeksema, 1994; Hong, 2007; Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema, Parker & Larson, 1994; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade & Bohon, 2007; Sakamoto, Kambara & Tanno, 2001; Smith, Alloy & Abramson, 2006); и (3) депрессивные симптомы у пациентов с клинической депрессией после контроля за исходной депрессией (Kuehner & Weber, 1999; Nolen-Hoeksema, 2000; Rohan, Sigmon & Dorhofer, 2003).

Помимо этого, экспериментальные исследования предоставляют конвергентные данные о том, что руминация играет причинную роль в ряде неконструктивных результатов, связанных с депрессией, включая обострение плохого настроения и усиление негативного мышления. В этих исследованиях использовалась стандартизированная индукция руминации, в ходе которой участникам предписывается тратить 8 минут, концентрируясь на серии предложений, включающих руминацию о себе, своих текущих чувствах и физическом состоянии, а также о причинах и последствиях этих чувств

(например, «Подумайте о том, как вы чувствуете себя») (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). В качестве контрольного условия обычно используется индукция отвлечения, в ходе которой участников просят потратить 8 минут, концентрируясь на серии предложений с изображениями визуальных сцен, не имеющими отношения к ним или к их текущим переживаниям (например, «Подумайте об огне, который вьется вокруг полена в камине»).

Достоверно установлено, что по сравнению с индукцией отвлечения индукция руминации имеет негативные последствия для настроения и когнитивных способностей. Эти манипуляции дают принципиально разные результаты, только когда участники находятся в плохом настроении еще до манипуляций, что указывает на посредническую роль имеющегося настроения. При таких условиях, в сравнении с отвлечением, руминация усугубляет плохое настроение (Lavender & Watkins, 2004; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Watkins & Teasdale, 2001); усиливает негативное мышление (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995); увеличивает негативные автобиографические воспоминания (Lyubomirsky, Caldwell & Nolen-Hoeksema, 1998); снижает специфичность автобиографических воспоминаний (Kao, Dritschel, & Astell, 2006; Park, Goodyer & Teasdale, 2004; Watkins & Teasdale, 2001; Williams et al., 2007); усиливает негативное видение будущего (Lavender & Watkins, 2004); ухудшает концентрацию и центральные исполнительные функции (Lyubomirsky, Kasri & Zehm, 2003; Watkins & Brown, 2002); ослабляет контролируемые воспоминания (Hertel, 1998); препятствует решению социальных проблем (Donaldson & Lam, 2004; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Lyubomirsky, Tucker, Caldwell & Berg, 1999).

Взятые все вместе, проспективные и экспериментальные исследования тесно связывают руминацию с возникновением и сохранением депрессии.

В-третьих, депрессивная руминация частично объясняет уровень депрессии у женщин 2:1 по сравнению с мужчинами: как только мы произведем статистические поправки с учетом большей степени предрасположенности женщин к руминированию, разницы между мужчинами и женщинами в показателях депрессии не существует (Butler & Nolen-Hoeksema, 1994; Grant et al., 2004; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999).

В-четвертых, клинический опыт показывает, что руминация является ключевым и часто игнорируемым компонентом феноменологии пациента при депрессии. Что касается пациентов, депрессивная руминация часто включает в себя заикленность на ранее понесенных убытках, анализ прежних ошибок и вынесение социально-оценочных суждений и сравнений. Такое мышление часто

включает «почему»-вопросы, такие как: «Почему это случилось со мной?»; «Почему я так себя чувствую?»; «Что пошло не так?»; «Почему я не могу все исправить?». Депрессивная руминация часто характеризуется оценочным мышлением, при котором пациенты сравнивают себя с другими в негативном ключе («Почему у меня есть проблемы, которых нет у других людей?»), свое текущее и желаемое состояние («Почему я не могу поправиться?»), нынешнее и прежнее «Я» («Почему я не могу работать так же хорошо, как раньше?»). Они сообщают о руминации как о непреднамеренной, устойчивой, повторяющейся и той, которую сложно остановить. Руминация переживается как вызывающая дистресс, сопровождающаяся ощущением трудности управления ею. Создается ощущение вынужденного руминирования с качеством «необходимости делать это». Часто встречающиеся в отчетах пациентов последствия руминации — возросшая печаль, дистресс и тревога; снижение мотивации, инсомния и повышение утомляемости; прокрастинация, самокритика, пессимизм и безысходность.

Таким образом, логика данного подхода заключается в том, что успешное определение руминации в качестве мишени терапии будет как устранять резидуальный симптом депрессии, так и уменьшать важный механизм, способствующий ее началу и сохранению, тем самым улучшая результаты лечения.

Руминирование как трансдиагностический процесс

Отмечается еще одно потенциальное преимущество нацеливания на руминацию в рамках психологических методов лечения. Руминация определена как трансдиагностический или сквозной процесс, что подразумевает механизм, который (1) является общим для многих расстройств; (2) служит причиной возникновения, сохранения, возобновления многих расстройств или избавления от них (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004). Имеются свидетельства того, что руминация характерна для множественных эмоциональных расстройств, в частности депрессии, генерализованного тревожного расстройства (ГТР), социофобии, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и расстройств пищевого поведения (обзоры см. в Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer [2010]; Ehrling & Watkins [2008]; Nolen-Hoeksema & Watkins [2011]; Watkins [2008]), и вызывает как депрессию, так и тревожные расстройства.

Например, Алдао и соисследователи (Aldao et al., 2010), опираясь на данные 114 исследований, изучили взаимосвязи между стратегиями регуляции эмоций, включая руминацию и симптомы психопатологии при тревожности, депрессии и расстройствах, связанных с пищевым поведением и употреблением

психоактивных веществ. Было обнаружено сильное воздействие руминации во всех психопатологиях. Более того, два крупномасштабных лонгитюдных исследования показали, что параллельные и проспективные ассоциативные связи между симптомами тревоги и депрессии объясняются руминацией (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011). В других исследованиях руминация проспективно предсказывала злоупотребление психоактивными веществами (Nolen-Hoeksema et al., 2007; Skitch & Abela, 2008), злоупотребление алкоголем (Caselli et al., 2010) и расстройства пищевого поведения (Holm-Denoma & Hankin, 2010; Nolen-Hoeksema et al., 2007) после проведения контроля за исходными симптомами. Nolen-Hoeksema et al. (2007) изучили связь между руминацией и симптомами депрессии, булимии и злоупотребления психоактивными веществами у 496 девушек-подростков, наблюдавшихся проспективно в динамике. Руминация предсказывала увеличение симптомов булимии и злоупотребления психоактивными веществами в будущем, а также начало большого депрессивного расстройства, переедания и злоупотребления психоактивными веществами. Эти свидетельства указывают на то, что руминация — сильный кандидат на рассмотрение в качестве трансдиагностического процесса, способствующего психопатологии.

В соответствии с принципами трансдиагностического подхода (Harvey et al., 2004) нацеливание на руминацию может, таким образом, иметь дополнительное преимущество в отношении коморбидных проявлений. В конечном итоге пациент, обращающийся за помощью при депрессии, в действительности чаще всего страдает от множественных расстройств, то есть двумя или более сопутствующими состояниями. Как правило, такие пациенты сталкиваются и с тревогой, и с депрессией. Наблюдается высокий уровень такой коморбидности. Двенадцатимесечные показатели коморбидной тревоги и/или депрессии оцениваются в 40–80 % (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005).

На практике это значит, что основное решение, которое следует принять практикующим врачам, — относительно способа лечения коморбидности. Как терапевт, вы, несомненно, часто наблюдали пациентов с целым комплексом разных симптомов и проблем. Кроме того, одним из ваших первых и зачастую тяжелейших решений является определение того, какую проблему или расстройство стоит выбрать в качестве первоочередной мишени. Если у пациента присутствует и социальная тревога, и депрессия, нужно ли сфокусироваться сначала на лечении социальной тревоги или на депрессии? Сегодня мы не располагаем хорошим эмпирическим руководством для этой крайне распространенной ситуации. Большинство наших моделей терапии, например когнитивно-поведенческие методы лечения, фокусируются на

отдельных диагнозах, свидетельствующих о худших результатах для пациентов с коморбидностью.

Использование трансдиагностически сфокусированного лечения, которое способствует снижению множественных эмоциональных расстройств одновременно, может быть способом решения проблемы коморбидности. Один из подходов заключается в создании комплекса лечения, которое имеет ряд терапевтических компонентов, объединенных вместе, с целью устранить множественные расстройства. Лучшим примером данного подхода является Унифицируемый протокол для трансдиагностического лечения эмоциональных расстройств, разработанный Дэвидом Барлоу и соисследователями (Barlow, Allen & Choate, 2004; Wilamowska et al., 2010). Этот подход включает в себя все общие элементы различных методов КПТ тревоги и депрессии, соединяя их в единый комплекс. Например, такое лечение предполагает снижение избегания с воздействием внешних раздражителей, вызывающих опасения и интероцепции, увеличение поведенческой активации (ПА) и оспаривание мыслей. Предварительные данные указывают на то, что данный подход может принести пользу (Wilamowska et al., 2010). Аналогичным образом комплексы трансдиагностического лечения расстройств пищевого поведения были успешно разработаны Кристофером Фэрберном и соисследователями (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Альтернативный подход к трансдиагностическому лечению, предложенный Гарвеем и соисследователями (Harvey et al., 2004), а также Мэнселлом, Харви, Уоткинсом и Шафраном (2008), заключается в выявлении трансдиагностических механизмов, влияющих на множественные расстройства, а затем их определении в качестве мишени. Утверждалось, что трансдиагностический подход к лечению может дать эффективные средства для решения проблемы коморбидности. Мэнселл и др. (2008) предложили несколько потенциальных преимуществ лечения, сфокусированного на выявленных трансдиагностических процессах. Во-первых, оно потенциально позволяет нам сопоставлять интервенции со специфическими уязвимостями и процессами, релевантными для конкретного человека. Например, если была произведена оценка его состояния и установлено, что он сильно подвержен руминированию, было бы разумно выбрать элементы лечения, которые снижают руминирование. Во-вторых, оно непосредственно нацелено на фундаментальные активные механизмы, а не на кластеры симптомов, что, как предполагается, само по себе повышает эффективность лечения (Barlow, 2004; Sanislow et al., 2010). В-третьих, оно дает возможность гибко подходить к лечению, которое может применяться при различных проявлениях, включая коморбидность. Действительно, такое трансдиагностическое лечение обладает потенциалом для более мощных

интервенций, которые лучше решают проблему коморбидности, чем лечение, основанное на постановке диагноза или расстройствах (Mansell et al., 2008).

Поскольку установлено, что руминация играет причинную роль в возникновении как тревоги, так и депрессии, есть веский повод выбрать ее в качестве фокуса трансдиагностического вмешательства (Torper, Emmelkamp, & Ehling, 2010). Успешное снижение руминации должно уменьшить и тревогу, и депрессию. Лечение, описанное в этой книге, — одна из первых попыток разработать и оценить трансдиагностические интервенции. Важно отметить, что до настоящего времени данная терапия оценивалась в РКИ только для лечения острого эпизода или предотвращения рецидива депрессии. Тем не менее теоретическое и трансдиагностическое обоснование интервенции в отношении руминации указывает на то, что оно должно предусматривать терапевтический модуль, который следует использовать для включения в психологические интервенции при других расстройствах, таких как повторяющиеся негативные мысли, в том числе ГТР, ПТСР и социальная тревога.

Резюме сфокусированной на руминации когнитивно-поведенческой терапии депрессии

Прежде чем подробно рассмотреть принципы, обоснование и методы сфокусированной на руминации когнитивно-поведенческой терапии (СРКПТ), я кратко опишу ее компоненты и приведу сравнение с существующими психологическими методами лечения депрессии. СРКПТ представляет собой специально подготовленную КПТ, обычно состоящую из 12 отдельных сеансов, проводимых еженедельно или один раз в две недели.

Теоретически терапия основана на экспериментальном исследовании, показывающем наличие различных конструктивных и неконструктивных форм руминации (Watkins, 2008). Оно свидетельствует о том, что существуют разные стили руминации, с разными функциональными свойствами и последствиями: полезный, характеризующийся конкретным, ориентированным на процесс мышлением, и бесполезный, маладаптивный, характеризующийся абстрактным, оценочным мышлением (Treyner et al., 2003; Watkins, 2004a; Watkins & Baracaia, 2002; Watkins & Moulds, 2005; Watkins & Teasdale, 2001, 2004). Основываясь на этих -результатах, следует сказать, что терапия предназначена обучать людей переходу от неконструктивной руминации к конструктивной, используя функциональный анализ (ФА), эмпирические и визуальные упражнения, а также поведенческие эксперименты. ФА — подход, направленный на определение функций и контекстов, при которых происходит желаемое и нежелательное поведение и, таким образом, — поиск способов систематического увеличения

или снижения поведения, являющийся мишенью анализа. ФА сфокусирован на изучении изменчивости и контекста поведения в рамках личного опыта человека, а также на его использовании для управления интервенциями.

Названные адаптации отличают СРКПТ от стандартной КПТ депрессии (Beck et al., 1979), которая фокусируется на корректировке содержания отдельных мыслей, делая акцент на непосредственном изменении процесса мышления. Несмотря на то что СРКПТ все же основана на основных принципах и методах КПТ депрессии (Beck et al., 1979), например, таких, как совместный -эмпиризм, сократовский диспут, поведенческие эксперименты, она включает в себя несколько новых дополнительных элементов.

Во-первых, она сочетает функционально-аналитический и контекстуальный подходы, разработанные в методе поведенческой активации (ПА) в результате компонентного анализа КПТ (Addis & Martell, 2004; Jacobson et al., 1996; Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001; Martell, Addis & Jacobson, 2001). Данный подход основан на представлении о том, что руминация — усвоенное привычное поведение, которое развилось через негативное подкрепление. СРКПТ включает в себя функционально-аналитические и контекстуальные принципы и техники ПА (Martell, 2003), но непосредственно и исключительно сфокусирована на руминации. В пределах ПА СРКПТ руминация концептуализирована как форма избегания, и ФА используется для формирования более адаптивного поведения.

Во-вторых, СРКПТ использует оспаривание мысли в гораздо меньшей степени, чем стандартная КПТ. Сократовский диспут в СРКПТ, как правило, фокусируется не на доказательствах и точности мышления или на создании альтернативных интерпретаций, а скорее на функциях, целях и полезности мыслей и поведения. Основное внимание уделяется закономерности и последовательности мыслей, а не смыслу отдельных мыслей. Подобный сдвиг в фокусировке обладает таким преимуществом, что позволяет избегать риска разногласий и споров с пациентами о значении и интерпретации мыслей, событий, ситуаций.

В-третьих, ключевым инновационным элементом в рамках СРКПТ является фокусировка на переходе стиля обработки информации в мышлении пациента от неконструктивных форм мышления к более конструктивным, формам мышления с использованием ФА, воображения и экспериментальных подходов. СРКПТ применяет ФА, желая помочь людям понять, что их руминации о негативном персональном опыте могут быть полезными или бесполезными, а также обучить их тому, как перейти к более адаптивному стилю мышления. Кроме того, пациенты используют направленные образы для воссоздания предыдущих психических состояний, когда был задействован более адаптивный стиль

мышления, например воспоминания о полном поглощении деятельностью (например, «поточный» или «пиковый» опыт). Переход к таким состояниям идет вразрез с руминацией.

Эмпирическое доказательство

СРКПТ рассматривалась в трех клинических исследованиях: серии индивидуальных СРКПТ для пациентов с резидуальной депрессией (Watkins et al., 2007); РКИ индивидуальной СРКПТ для пациентов с резидуальной депрессией (Watkins et al., 2011, финансируется Национальным альянсом по исследованиям шизофрении и депрессии [NARSAD]) и РКИ группы СРКПТ и СРКПТ на основе интернета для снижения и предотвращения депрессии в группе молодых людей с высоким риском, отобранных из-за наличия у них повышенного уровня беспокойства и руминации (Torper, Emmelkamp, Watkins & Ehling, 2014). Кроме того, проводились исследования обучения конкретности, которая является составным элементом комплекса лечения СРКПТ (Watkins et al., 2012; Watkins Baeyens & Read, 2009, финансируется Советом по медицинским исследованиям Великобритании). Во всех названных клинических исследованиях оценки результатов лечения были положительными, указывая на то, что СРКПТ и его компоненты эффективны для уменьшения руминации и депрессии. В данном разделе резюмируется каждое из упомянутых исследований.

Серия индивидуальных очных СРКПТ для резидуальной депрессии

В серии случаев было рассмотрено 12 еженедельных 60-минутных сеансов СРКПТ для 14 последовательно набранных пациентов, удовлетворяющих критериям резидуального депрессивного расстройства, резистентного к терапии (Watkins et al., 2007). Лечение привело к значительным улучшениям депрессивных симптомов и коморбидных расстройств: среднее снижение — на 20 пунктов по шкале депрессии Бека; величина эффекта для отдельного субъекта до лечения и после (d Козна) — 2,5; 50 % пациентов, достигших полной ремиссии от депрессии, и снижение на 71 % в диагнозах коморбидных осей I. Важно отметить, что СРКПТ значительно уменьшила самоотчетную руминацию, с уровнем руминации до лечения, эквивалентным тому, который был обнаружен у пациентов с депрессией в настоящее время, но диапазон баллов после лечения эквивалентен уровню руминации, наблюдаемому у участников, никогда не страдавших депрессией. Данное исследование предоставляет первоначальные доказательства того, что СРКПТ может стать эффективным средством для лечения депрессивных руминаций и что она может бороться как с депрессией, так и с коморбидными расстройствами.

Фаза II РКИ индивидуальной очной СРКПТ для резидуальной депрессии

Исследование (Watkins et al., 2011) одобрено Национальной службой здравоохранения Южного Лондона и Комитетом по этике исследований Модсли и проведено в группах психиатрической помощи и службах психологического лечения в Юго-Восточном Лондоне и Девоне (Великобритания). Пациенты, которые принимали участие в исследовании, были направлены в амбулаторные службы в связи с депрессией и/или находились в листе ожидания психологической терапии. Кроме того, они соответствовали критериям включения и дали письменное информированное согласие на участие, были случайным образом распределены на лечение обычной (TAU) или TAU плюс СРКПТ. TAU состояла из назначения антидепрессантов и амбулаторного лечения. Рандомизация была выполнена сторонним исследователем с использованием сгенерированных компьютером случайных чисел и стратифицирована в соответствии с полом и продолжительностью индексного эпизода большого депрессивного расстройства. Оценку участников производил исследовательский персонал, находившийся в неведении относительно назначенного лечения в ходе базового оценивания при поступлении и повторного через шесть месяцев.

В исследование записывали пациентов старше 18 лет, соответствовавших критериям резидуальной депрессии, резистентной к терапии, определяемым как удовлетворяющие диагностическим критериям для большого депрессивного расстройства в течение последних 18 месяцев, но не в течение последних двух месяцев, и с повышенными резидуальными симптомами депрессии, и принимающих антидепрессанты в рекомендуемой терапевтической дозе. Пациенты исключались из исследования, если у них в анамнезе имелось биполярное расстройство, психоз, текущая наркотическая или алкогольная зависимость, умственная отсталость или органическое повреждение мозга, либо если они проходили психотерапию на момент начала эксперимента. И никаких критериев исключения в отношении сопутствующих тревожных расстройств или диагнозов синдрома по оси II. В итоге 42 пациента были рандомизированы в исследовании и проконтролированы.

Добавление СРКПТ к TAU значительно уменьшило резидуальные симптомы и улучшило показатели ремиссии по сравнению только с одним TAU, со средней разницей в изменении симптомов от показателей до лечения и после, равной 7,57 между лечениями по шкале депрессии Бека (95 %; доверительный интервал = 1,86–19,08). Размер эффекта между лечениями (стандартизированное среднее значение) был $d = 1,11$, что является хорошим показателем для психологического лечения. Кроме того, наблюдался значительный эффект состояния лечения на частоту реакции на лечение (TAU = 26 % против СРКПТ = 81 %), частоту ремиссии (TAU = 21 % против СРКПТ = 62 %) и частоту рецидива

между базовыми оценками и оценками после интервенции (TAU = 53 % против СРКПТ = 9,5 %). Таким образом, СРКПТ оказалась значительно эффективнее с применением только поддерживающих антидепрессантов.

Результаты, полученные после 12 сеансов СРКПТ (ремиссия — 62 %; величина эффекта между лечениями — 0,94–1,1) у пациентов с резидуальными депрессивными симптомами, по сравнению с 20 сеансами стандартной КПТ для депрессии (Paykel et al., 1999); (ремиссия — 25 %; величина эффекта между лечениями — 0,3) в идентично определенной выборке участников с резидуальной депрессией.

Кроме того, мы обнаружили, что добавление психологической интервенции выгодно дополняет фармакотерапию, в отличие от других недавних исследований (например, Kocsis et al., 2009). Хотя следует с осторожностью сравнивать исследования разной движущей силы, результаты нашего условия TAU в значительной мере совпадают с результатами для ветви TAU в исследовании Пейкела и соисследователей (Paykel et al., 1999). В отсутствие окончательного крупномасштабного РКИ СРКПТ с большей выборкой и более длительным наблюдением эти результаты повышают вероятность того, что изменения КПТ в СРКПТ могут привести к лучшим результатам лечения при резидуальной депрессии.

Количество коморбидных диагнозов оси II в конце исследования, зависящих от начальных показателей, было значительно меньше в группе СРКПТ, чем в группе TAU (TAU: $M = 0,67$, $SD = 0,97$; СРКПТ: $M = 0,24$, $SD = 0,44$). Аналогичная, но незначительная тенденция наблюдалась для меньшего количества коморбидных расстройств оси I в группе СРКПТ, чем в группе TAU при наблюдении (TAU: $M = 1,05$, $SD = 0,97$; СРКПТ: $M = 0,62$, $SD = 0,86$, $p = .068$). Таким образом, в соответствии с трансдиагностической гипотезой, предоставлены некоторые доказательства того, что определение руминации в качестве мишени уменьшает и депрессию, и другие коморбидные расстройства.

Кроме того, СРКПТ значительно снизила самоотчетную руминацию по сравнению с TAU, и эффекты лечения, направленные на депрессию, были опосредованы изменением в руминации, хотя измерения проводились только одновременно. Это свидетельствует о том, что лечение уменьшило руминирование, как и предполагалось. К тому же установлено, что оно значительно снижает беспокойство. Данный параметр оценивался с использованием Опросника беспокойства Пенсильванского университета (PSWQ).

Обучение конкретности

В соответствии с причинно-следственной связью между режимом обработки и индивидуальными отличиями в руминации, в качестве доказательства данного принципа проведено рандомизированное контролируемое исследование, которое показало, что обучение людей с депрессией большей конкретике при столкновении с трудностями снижает депрессию, тревогу и руминацию — по сравнению с контролем без лечения (Watkins et al., 2009). Обучение конкретности включало в себя повторяющуюся практику «как»-вопросов и фокусирование на конкретных деталях при размышлении о недавних трудностях. В фазе II РКИ было установлено, что такое обучение превосходит ТАУ в снижении руминации, беспокойства и депрессии у пациентов с большим депрессивным расстройством, набранных в первичной медицинской помощи (Watkins et al., 2012). Поэтому перевод пациентов с депрессией в более конкретный режим обработки уменьшил руминацию и связанные с ней симптомы.

РКИ групповой СРКПТ и СРКПТ через интернет для определения руминации в качестве мишени и предотвращения депрессии и тревоги

В этом недавно завершеном исследовании лечения (Topper, Emmelkamp, Watkins & Ehling, 2016) рассматриваются две адаптации СРКПТ (групповой формат и интернет-формат; см. подробно в главе 13) как интервенция для предотвращения депрессии и тревоги. Из-за обширных доказательств того, что руминация прогнозирует возникновение и сохранение депрессии, люди с повышенной склонностью к руминации подвергаются большему риску развития депрессии. Исходя из этого определение сильных руминаторов в качестве мишени является убедительной стратегией для предотвращения возникновения депрессии. Поскольку руминация увеличивает вероятность развития депрессии, легко идентифицируется и представляет собой психологический процесс, поддающийся управлению (Topper et al., 2010), Топпер и др. (2010) недавно привели убедительные доводы в пользу лечения, которое направлено непосредственно на руминацию как потенциальный подход к предотвращению возникновения депрессии. Кроме того, благодаря доказательствам того, что руминация является трансдиагностическим процессом, ее определение в качестве мишени также способно помочь предотвратить тревожные расстройства, расстройства пищевого поведения и злоупотребление психоактивными веществами, а также алкоголем.

Рандомизированное исследование, сравнивающее групповые и интернет-версии СРКПТ, показало, что обе адаптации СРКПТ были эффективными по сравнению с контрольными группами для снижения депрессии, тревоги,

беспокойства и руминации у молодых людей, отобранных в связи с их предрасположенностью к беспокойству и руминации, в проекте профилактического вмешательства высокого риска, проведенном в Амстердаме ($n = 251$, команда проекта: профессор Томас Эринг, профессор Пол Эммелькамп, доктор Морис Топпер, профессор Эд Уоткинс; при поддержке ZonMW, финансирование главного исследователя, профессора Томаса Эринга; см. Torrer et al., 2016). Для этого исследования была произведена выборка как мужчин, так и женщин в возрасте 15–21 года с повышенными показателями беспокойства и руминации, но без текущего эпизода большого депрессивного или тревожного расстройства. Их рандомизировали в интернет-версию СРКПТ и групповую СРКПТ или контрольную группу листа ожидания, а далее за ними наблюдали в течение 12 месяцев. Анализ назначенного лечения показал, что обе версии интервенции СРКПТ значительно снизили беспокойство и руминацию (контрольная величина эффекта d Козна = 0,53–0,89), а также уровень симптомов тревоги и депрессии (d Козна = 0,36–0,72) при постинтервенции, по сравнению с контрольной группой листа ожидания. При этом эффект сохранялся на протяжении одного года наблюдений. Ни по одному из полученных результатов не выделялись различия между групповой и онлайн-версиями СРКПТ. Интервенции также привели к значительно более низкому 1-летнему уровню заболеваемости большим депрессивным расстройством (групповая интервенция — 15,3 %, интернет-интервенция — 14,7 %) и ГТР (групповая интервенция — 18 %; интернет-интервенция — 16 %) по сравнению с листом ожидания (32,4 и 42,2 % соответственно). Однако эти результаты основаны на ситуационных отрывках из хорошо зарекомендовавших себя показателей самоотчетов, а не на структурированных диагностических интервью. Для подтверждения результатов по предотвращению депрессии необходима дальнейшая репликация с использованием диагностических интервью. Тем не менее приведенные результаты служат доказательством принципа, согласно которому руминация увеличивает риск возникновения большого депрессивного расстройства и ГТР, с учетом показателей заболеваемости в группе людей без лечения с повышенным уровнем беспокойства/руминации относительно населения в целом. Результаты также подтверждают, что -СРКПТ может быть эффективной интервенцией для уменьшения беспокойства и руминации и что она способна эффективно применяться как в групповом, так и в интернет-форматах. Более того, полученные данные согласуются с трансдиагностической гипотезой руминации, поскольку ее выбор в качестве мишени снижает и депрессию, и тревожность.

Серия случаев индивидуального очного СРКПТ для ПТСР

Версия СРКПТ использовалась и для борьбы с хроническим ПТСР среди молодых людей, переживших геноцид 1994 года в Руанде (Sezibera, Van Broeck & Philippot, 2009). Обоснование использования СРКПТ в данной популяции заключается в том, что руминация была определена как основной фактор сохранения ПТСР (Michael, Halligan, Clark & Ehlers, 2007), в соответствии с ее предполагаемой трансдиагностической ролью. В этом исследовании все участники были сиротами в результате геноцида в Руанде в 1994 году и соответствовали критериям ПТСР, оцененным по шкалам самооценки через 11 лет после геноцида и снова через 13 лет после геноцида, что указывает на то, что ПТСР носило хронический характер. Лечение проходили 22 человека в возрасте 15–18 лет (54,5 % женщины). Оно включало в себя элементы из СРКПТ, такие как психообразование и ФА руминации, а также словесное воздействие на травмирующие воспоминания. Лечение продолжалось 10 еженедельных сеансов с максимальной длительностью два часа. Интервенция содействовала снижению симптомов ПТСР, при этом успешные результаты сохранялись в течение двух месяцев наблюдения. Несмотря на то что это неконтролируемое исследование, которое следует интерпретировать с осторожностью, получены дополнительные доказательства того, что определение руминации в качестве мишени может иметь трансдиагностическую пользу.

Групповая СРКПТ для резидуальной депрессии

Еще одно независимое исследование (Teismann et al., 2014) подтвердило, что групповая СРКПТ улучшила депрессивное настроение и уменьшила руминацию относительно состояния находящихся в листе ожидания пациентов с резидуальной депрессией. При этом хорошие результаты в лечении сохранялись в течение одного года наблюдений. В рамках данного РКИ 60 пациентов с резидуальной депрессией участвовали в групповом лечении СРКПТ, включавшем в себя элементы как СРКПТ, так и метакогнитивной терапии, — в сравнении с пациентами из группы контроля, находившимися в списке ожидания терапии. Групповая СРКПТ превзошла группу из листа ожидания (показатели ремиссии — 42 % против 10,3 %), при этом эффект сохранялся в течение одного года. Данное исследование независимой исследовательской группы дает важное подтверждение потенциальных преимуществ СРКПТ.

Сравнение СРКПТ с другими методами лечения

КПТ депрессии

Несмотря на растущее число доказательств того, что руминация является важным механизмом при депрессии, оригинальная КПТ депрессии (Beck et al., 1979) не была сфокусирована непосредственно на подробном изложении метода лечения руминации. В основополагающей книге 1979 года *«Когнитивная терапия депрессии»* руминации упоминаются вскользь, но конкретных разработок, как с ней бороться, нет. Видимо, исходя из предположения о том, что многократного оспаривания негативных мыслей было бы достаточно.

Клинический опыт, накопленный моими коллегами и мной в нашей клинике в ходе лечения пациентов с хронической депрессией при выраженной склонности к руминативному мышлению за последние 20 лет, позволил сделать вывод о том, что классический подход КПТ депрессии (Beck et al., 1979) иногда может быть эффективным, но он имеет ряд ограничений и трудностей.

Во-первых, фокусирование на процессе изменения мыслей не является эффективным при работе с сильным и привычным потоком негативных мыслей, характерных для депрессивной руминации. Попытка остановить одну мысль не препятствует всему потоку руминации, потому что за первой негативной мыслью просто следует другая — из общей цепочки, часто в виде мысли «Да, но...».

Клинический опыт использования классического подхода КПТ с пациентами, которые руминируют, может напоминать попытку остановить водопад, поймав одну каплю воды зараз. Трудность изменения руминации полностью согласуется с ее концепциями как привычного ответа (Nolen-Hoeksema, 1991). Ведь привычки, как утверждается, трудно изменить, меняя убеждения. Наш опыт показал, что диспутирование мысли может быть полезным при руминации, но только в двух конкретных обстоятельствах: когда пациент улавливает начало цепочки руминативных мыслей и пресекает ее в зародыше. И в качестве альтернативы, если пациенты осознанно практиковали диспутирование мыслей, так что оно само по себе стало привычкой и могло вытеснить привычку к руминативному мышлению.

Во-вторых, диспутирование мысли как таковое может стать еще одним триггером для руминации. Например, как только вы успешно продиспутировали доказательство отрицательной автоматической мысли у пациента с депрессией, он может затем остановиться на мысли «Почему я не мог сделать это раньше?», или: «Почему я такой глупый?». Тогда цикл повторяющегося мышления прекращается — и возобновляется снова.

Мы предположили, что для эффективного лечения руминации пациентам может быть лучше отстраниться от самого мыслительного процесса, а не от какой-либо отдельной мысли.

В-третьих, с пациентами, имеющими выраженную склонность к руминативному мышлению, любая форма обсуждения и спора может перейти в *обсуждение того, что* произошло и что это может означать для пациента. Когда так происходит, легко попасть в ловушку руминирования вместе с пациентом, где последовательности негативного мышления неоднократно и подробно обсуждаются без каких-либо терапевтических изменений. Пациенты, которые руминируют, тоже испытывают сильную потребность размышлять и разговаривать о причинах, смыслах и последствиях их симптомов и трудностей. Подобные размышления и разговоры могут с легкостью стать фокусом терапевтической сессии, когда каждую неделю пациент еженедельно вспоминает о новых трудностях, которые можно обсудить. Одним из показателей такого «коруминирования» является осознание того, что значительная часть терапевтической сессии прошла без какого-либо ощущения прогресса. Таким был и мой собственный опыт лечения нескольких первых пациентов с выраженной склонностью к руминации. У нас часто проходили интересные и увлекательные обсуждения серьезных проблем из жизни пациента и того, что они могут значить, но терапевтический прогресс был очень скромным, и симптомы не улучшились.

Результаты исследования показывают, что стандартные интервенции КПТ менее эффективны при лечении депрессии у пациентов с повышенной склонностью к руминированию — по сравнению с пациентами, имеющими незначительный уровень руминирования (Ciesla & Roberts, 2002; Schmaling et al., 2002). Кроме того, на сегодняшний день нет никаких доказательств РКИ, что стандартная КПТ способна уменьшить руминации****.

СРКПТ использует стандартные подходы, организацию и компоненты КПТ, такие как структурированный формат; фокусировка на том, что происходит здесь и сейчас; совместный эмпирицизм, определение повестки дня, использование обратной связи и резюме, домашние задания, метод направляемых открытий и поведенческие эксперименты. Однако, как говорилось выше, имеют место поправки и отклонения от стандартного протокола КПТ.

Поведенческая активация

Появляются интервенции, которые определяют в качестве своей мишени непосредственно руминацию — в отличие от классической КПТ, хотя прямых доказательств их эффективности в снижении руминации все еще нет. Первоначально поведенческая активация (ПА) была одним из компонентов полного курса КПТ-интервенций, состоящего из мониторинга активности и планирования активности. Исследование, сравнивающее различные компоненты

КПТ, показало, что ПА в отдельности была так же эффективна для снижения симптомов, как ПА плюс диспутирование мыслей и как полный протокол КПТ (Gortner, Gollan, Dobson & Jacobson, 1998; Jacobson et al., 1996). В результате ПА преобразовали в самостоятельное лечение, с акцентом на понимание функции и контекста, в котором возникает депрессия, и определяющее избегающее поведение при депрессии в качестве мишени (Martell et al., 2001).

Крупномасштабное РКИ показало, что ПА — эффективная интервенция при депрессии, приводящая к таким же хорошим результатам, как фармакотерапия, и даже лучше, чем КПТ при тяжелой депрессии (Dimidjian et al., 2006). Однако до настоящего времени ее влияние на руминацию формально не оценивалось.

Как отмечалось ранее, СРКПТ, описанная в этой книге, имеет ряд общих черт с ПА, а также несколько ключевых отличий. Оба направления включают в себя функционально-аналитический и контекстуальный подходы к поведению. Развитие СРКПТ основывалось на достижениях в ПА и диалоге с ее ведущими сторонниками, такими как Кристофер Мартелл. И в ПА, и в СРКПТ руминация концептуализирована как форма избегания, а ПА используется с целью содействовать уменьшению этого избегания и заменять его более полезным поведенческим подходом. Подобно ПА, СРКПТ рассматривает руминацию как поведение, даже если скрытое, которое можно понять контекстно и функционально. Тем не менее в СРКПТ подходы к руминации более детально разработаны, нежели в ПА. Кроме того, дополнительным элементом, не разделяемым ни с ПА, ни со стандартной КПТ и полученным в результате моих исследований, является четкая фокусировка на изменение стиля мышления во время руминации. Эмпирические упражнения в СРКПТ, предназначенные для изменения стиля мышления (например, обучение конкретности, работа по поглощению и развитию сострадания), не встречаются в ПА, хотя и соответствуют ее функционально-контекстуальным принципам.

Основанная на майндфулнес когнитивная терапия

Еще одна недавно разработанная методика лечения, направленная на снижение руминации, — основанная на майндфулнес когнитивная терапия (ОМКТ). ОМКТ включает в КПТ элементы программы по снижению стресса на основе осознанности (Kabat-Zinn, 1990), ее цель — лечение возобновления депрессии при рецидивирующей депрессии (Teasdale, Segal & Williams, 1995). ОМКТ проводится в виде еженедельных групповых занятий, в ходе которых участники практикуют и развивают моментальное осознание в текущем моменте ощущений, мыслей и чувств с помощью формальных и неформальных медитативных упражнений, таких как наблюдение за дыханием и сканирование тела.

Теоретическое обоснование ОМКТ заключается в следующем: оценочное руминативное мышление уменьшается благодаря тому, что пациентов учат отстраняться и наблюдать за своими мыслями и чувствами как ментальными событиями, а также соединяться с непосредственным опытом в настоящем.

В двух РКИ для пациентов с тремя или более эпизодами большого депрессивного расстройства в анамнезе, но в настоящее время без симптомов, ОМКТ значительно снизила риск рецидива и возобновления депрессии в течение одного года — по сравнению с обычным лечением (Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000). Кайкен и соисследователи (Kuyken et al., 2008) продемонстрировали, что ОМКТ имеет показатели рецидивов за годовой период наблюдения, аналогичные непрерывному лечению антидепрессантами у пациентов с рекуррентной депрессией.

В соответствии с предлагаемым теоретическим обоснованием установлено, что подходы, основанные на майндфулнес, уменьшают руминацию, хотя не все исследования рандомизированы по требованиям лечения или задействовали клинические группы. В экспериментальном аналоговом исследовании Feldman, Greeson и Senville (2010) сравнили осознанное дыхание, прогрессирующую мышечную релаксацию и медитацию любящей доброты о негативных реакциях на повторяющиеся мысли у студентов и обнаружили, что связь между частотой повторяющихся мыслей и степенью негативной реакции на них была значительно меньше в состоянии осознанного дыхания — по сравнению с двумя другими, — предполагая, что майндфулнес уменьшает влияние руминации. Два исследования, описывающие изменение руминации до и после в майндфулнес-подходе, по сравнению с сравнительной группой из листа ожидания (медитация майндфулнес, Chambers, Lo & Allen, 2008; снижение стресса на основе майндфулнес [MBSR], Ramel, Goldin, Carmona & McQuaid, 2004), продемонстрировали снижение руминации в контрольной группе, хотя ни одно из названных исследований не рандомизировано по состоянию здоровья. Рандомизированное исследование майндфулнес по сравнению с релаксацией в неклинической выборке подтвердило снижение руминации (Jain et al., 2007). В РКИ (Geschwind, Peeters, Drukker, van Os & Wichers, 2011) обнаружили, что ОМКТ уменьшила самоотчетную руминацию до и после интервенции относительно контрольной группы из списка ожидания — у пациентов с большим депрессивным расстройством в анамнезе и текущими резидуальными симптомами. Тем не менее Кайкену и соисследователям (Kuyken et al.; 2008, 2010) не удалось обнаружить, что ОМКТ уменьшает руминацию в большей степени, чем продолжительный прием антидепрессантов у пациентов с рекуррентной депрессией в анамнезе.

СРКПТ отличается от ОМКТ предлагаемой целевой популяцией, а также содержанием и стилем лечения. На сегодняшний день было доказано, что ОМКТ эффективна в предотвращении рецидива у людей, которые в настоящее время не находятся в депрессии, но с рекуррентной депрессией (три или более эпизода) в анамнезе. Неизвестно, представляет ли ОМКТ ценность для пациентов в остром эпизоде депрессии, когда руминация является наиболее нетерпимой. Может случиться, что трудно или контрпродуктивно пытаться медитировать при остром депрессивном настроении и сильной руминации. Будущие исследования должны будут определить, эффективна ли ОМКТ для пациентов с острыми симптомами депрессии.

Напротив, СРКПТ предназначена для использования с пациентами, испытывающими острые симптомы депрессии и руминации, будь то при большом депрессивном эпизоде или с резидуальными симптомами. Действительно, еще одно преимущество выбора руминации в качестве мишени заключается в том, что она, как отмечается, представляет собой значительный фактор риска до начала депрессии, во время большого депрессивного эпизода, в частичной ремиссии и в полной ремиссии от депрессии. Таким образом, повышенная руминация обнаруживается во всех состояниях на протяжении депрессии. Как следствие, определение руминации в качестве мишени обладает потенциалом для первичной превентивной меры, лечения острого эпизода, а также предотвращения рецидивов и возобновлений, повышая эффективность лечения (см. главу 13).

СРКПТ — гораздо более направленная интервенция, чем ОМКТ. Она обеспечивает большую ясность о том, чего пытается достичь и как старается обучить пациентов более полезным способам лечения с помощью активно применяемой практики упражнений. ОМКТ же оказывает скорее опосредованное влияние и предполагает более постепенное обучение пациентов через их собственный опыт во время медитации.

* С самого начала главный водораздел проходил между униполярной депрессией и биполярным расстройством. Униполярная депрессия, которая является основным направлением лечебной работы, сфокусированной на руминативном мышлении, включает в себя только депрессивные состояния, возникающие при отсутствии мании или гипомании в настоящем либо прошлом. Лечение, описанное в данном руководстве, на сегодняшний день разработано и оценено лишь в контексте униполярной депрессии. Использование для пациентов с манией или гипоманией не рекомендуется.

** Технически диагноз резидуальной депрессии у пациента операцио-нализирован как переживающий эпизод большого депрессивного расстройства в последние 18 месяцев, хоть и не удовлетворяющий критериям большого депрессивного расстройства в последние два месяца, но имеющий депрессивные симптомы (оценка не менее 8–17-позиционной шкале Гамильтона для оценки депрессии [HRSD] и 9 — по шкале депрессии Бека [BDI]). Участники также должны были принимать антидепрессанты в течение по

крайней мере предыдущих 8 недель, с 4 или более неделями при минимальной клинически рекомендованной суточной дозе (например, эквивалентной по крайней мере 125 мг амитриптилина).

*** Response Style Questionnaire (RSQ). — *Примеч. пер.*

**** Конечно, нам нужно быть осторожными в интерпретации текущих исследований, потому что до недавнего времени руминация не являлась мерой измерения результата в большинстве испытаний методов лечения.

Глава 2. Понимание руминации

В этой главе описаны теоретические и экспериментальные предпосылки, лежащие в основе разработки СРКПТ. Понимание теоретического обоснования методов лечения улучшает как овладение терапией, так и ее применение. Данная глава представляет особый интерес для исследователей и ученых-практиков, которые хотят больше узнать о причинах разработки терапии. Она поделена на разделы, где рассмотрены ключевые теоретические понятия, касающиеся механизмов, лежащих в основе депрессивной руминации.

Руминация — нормальный процесс, движимый неурегулированными целями

Важно признать, что руминация — часто встречающаяся, нормальная, а иногда и полезная реакция, возникающая не только у людей с психологическими отклонениями. У всех нас был опыт руминирования из-за личных потерь, например тяжелых утрат или расставаний, в попытке понять, почему это произошло с нами. Однако у большинства людей такая руминация длится относительно недолго.

В качестве краткого мысленного эксперимента поразмышляйте о своем собственном опыте в приведенных ниже ситуациях. Потратьте несколько минут на обдумывание каждой из них по очереди:

- после совершения легко предотвратимой, но публичной -ошибки;
- после неожиданного завершения отношений;
- после смерти близкого человека;
- перед походом к стоматологу;
- перед встречей с кем-то конфронтационным и агрессивным.

Вы заметили, что по крайней мере в одной из этих ситуаций вы остановитесь (или остановились) на том, что произошло или что может произойти дальше?

По моему опыту, подобные ситуации вызывают беспокойство и руминацию почти у всех людей. Это подчеркивает тот факт, что руминация часто встречается и является нормальной реакцией. Более того, в некоторых из названных ситуаций она бывает полезной. Ведь размышление о том, что может

произойти на встрече с агрессивным человеком, может помочь разработать лучшие планы и подготовиться к разговору. А переживание ухода любимого человека — естественная часть процесса утраты, которая помогает смириться с потерей.

Современные теоретические модели выдвигают гипотезу о том, что неурегулированные проблемы или недостигнутые цели служат началом обдумывания, чтобы способствовать эффективному саморегулированию для их разрешения и достижения цели (Martin & Tesser, 1996a, 1996b). Таким образом, руминирование концептуализируется как попытка осмыслить тревожное событие или решить проблему. Например, Мартин и Тессер (Martin & Tesser, 1996a) определили руминацию как «класс сознательных мыслей, которые вращаются вокруг общей инструментальной темы и которые повторяются в отсутствие непосредственных требований среды, вызывающих эти мысли». В рамках данной концепции руминация — это повторяющаяся мысль на тему, связанную с нерешенными личными задачами и проблемами, которые могут иметь либо конструктивные, либо неконструктивные последствия — в зависимости от того, помогает руминация или препятствует достижению еще не достигнутой и вызвавшей ее цели.

Таким образом, руминация была охарактеризована как со-средоточенная на себе попытка решить проблемы, вызванные предполагаемым несоответствием между желаемой целью и -текущим положением дел. Руминация сохраняется до тех пор, пока цель не будет достигнута, либо от нее откажутся (Carver & Scheier, 1998; Martin & Tesser, 1996a; Pyszczynski & Greenberg, 1987; Watkins, 2008). В клинической практике я часто вижу, что пациенты пытаются решить проблему, но затем переключают внимание на оценку смысла проблемы и в конечном итоге застревают в руминации.

Данный теоретический анализ предполагает, что люди, скорее всего, застрянут в руминации — по двум основным причинам.

Во-первых, чрезмерное руминирование более вероятно, когда люди ставят цели, которые трудно достичь и от которых трудно отказаться. Например, они могут ставить просто недостижимые цели или находящиеся вне их контроля либо возможностей. Это особенно вероятно у людей с чрезвычайно высокими стандартами и перфекционистов: их целей обычно трудно достичь, в то же время они крайне важны и от них сложно отказаться. Это может быть и результатом постановки целей, которые плохо определены или достижение которых требует более длительного периода времени, что затрудняет процесс. Я часто вижу, как пациенты задают вопросы, на которые нет ответа. Например, почему произошло

определенное неблагоприятное событие. В таких обстоятельствах руминация, скорее всего, сохранится.

Во-вторых, люди могут оказаться в ловушке руминаций, если они не знают лучшего способа достичь желаемого, например из-за плохих навыков разрешения проблем.

Недавние экспериментальные исследования показали, что существуют разные стили руминации, с отличительными функциональными свойствами и последствиями. Например, помогающий стиль, который характеризуется реальным, ориентированным на процесс и конкретным мышлением, по сравнению с бесполезным, дезадаптивным стилем, характеризующимся абстрактным, оценочным мышлением (Treyner et al., 2003; Watkins, 2004b; Watkins & Baracaia, 2002; Watkins & Moulds, 2005; Watkins & Teasdale, 2001, 2004). Это исследование показывает, что, когда пациент с депрессией заикливается на симптомах и трудностях, анализируя и оценивая значения и последствия его опыта (например, «Что эта неудача означает для меня?»), он увеличивает сверх-обобщение (например, «Я никогда не смогу сделать это правильно»), затрудняет решение проблемы и усугубляет депрессивное настроение. Тем не менее, останавливаясь на симптомах и трудностях более конкретным и определенным образом и размышляя, что с ними делать, он улучшает решение проблем и уменьшает депрессию. Эта разница между стилями мышления — видимо, один из факторов, определяющих продолжительность и полезность руминации, потому что люди, склонные к патологической руминации, имеют тенденцию быть более абстрактными и оценочными. Я опишу исследование режима обработки и руминации в одном из последующих разделов.

Уроки для психологического лечения

Данное исследование предлагает ряд уроков для нашего психологического лечения руминации. Во-первых, руминация не должна рассматриваться как всегда патологическая, потому что она может быть нормальной и полезной реакцией на трудности. Во-вторых, иногда полезно нормализовать опыт руминирования для пациентов, подчеркнув, что это то, что делают все, а не что-то странное или необычное либо свидетельствующее о недостатках. В-третьих, и пациентам, и терапевтам было бы полезно различать, когда руминация полезна, а когда — нет. Целесообразно отличать решение проблемы от сосредоточения на проблеме, которая никуда не денется.

С клинической точки зрения я нашел несколько полезных эвристических методов, чтобы помочь пациентам и терапевтам решить, является ли конкретный

эпизод руминации конструктивным. Ключевое практическое правило — спросить себя: «Это вопрос без ответа?» и «Это приводит к пригодному решению или плану?» Если руминация представляется сосредоточенной на безответной проблеме, такой как объяснение поведения других людей или собственных эмоций либо как обращение к экзистенциальным или философским вопросам, то она вряд ли приведет к решению. Подобным образом, если размышление ведет только к большему обдумыванию, а не к принятию решения или составлению плана, оно тоже вряд ли будет полезным.

Патологическая руминация как привычка

Другой важной теоретической основой для СРКПТ является гипотеза о том, что руминация — умственная привычка. Ведущая теория, касающаяся депрессивной руминации, — теория стилей ответа (RST; Nolen-Hoeksema, 1991), которая выдвигает гипотезу о том, что депрессивная руминация представляет собой стабильную, стойкую и привычную склонность к повторяющемуся самофокусированию в ответ на депрессивное настроение (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Watkins & Nolen-Hoeksema, 2014). Предполагается, что депрессивной руминации можно научиться в детстве, либо она появляется потому, что была смоделирована родителями с пассивным стилем копирования совладания (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema et al., 2008), а в дальнейшем ребенок не смог научиться более действенным стратегиям преодоления негативного воздействия по причине сверхкритичности, навязчивости и гиперконтроля родителей (Nolen-Hoeksema, Wolfson, Mumme & Guskin, 1995) либо из-за раннего физического/сексуального насилия. В соответствии с этой гипотезой, повышенная склонность к руминативному мышлению ассоциируется с информацией в самоотчетах пациентов о гиперконтролирующих папах и мамах (Spasojević & Alloy, 2002). Кроме того, руминация ассоциируется с полученной информацией о физическом, эмоциональном и сексуальном насилии (Conway, Mendelson, Gianopoulos, Csank & Holm, 2004).

Привычки — это поведение, которое часто проявляется в стабильных контекстах. Нил и Вуд (Ji & Wood, 2007) предложили, что «привычки — это выученная предрасположенность к повторению прошлых реакций. Они запускаются особенностями контекста, которые часто в той или иной степени совпадают с деятельностью в прошлом, включая место действия, предшествующие действия в определенной последовательности и конкретных людей». Привычное поведение, как правило, включает в себя некоторый автоматизм (Verplanken, 2006; Verplanken & Orbell, 2003; Wood, Tam & Witt, 2005). Поведение может быть истолковано как автоматическое в нескольких различных измерениях: отсутствие осознанного знания, не требующее больших ресурсов

для выполнения (например, выполняемое одинаково хорошо с когнитивной нагрузкой и без нее); отсутствие контроля и отсутствие сознательного намерения (Bargh, 1994). Верпланкен, Фриборг, Ванг, Трафимов и Вулф (2007) предположили, что привычка — это «поведение, которое имеет историю повторения, характеризуется отсутствием осознанности и сознательного намерения, является ментально эффективным, а иногда и трудноуправляемым».

В качестве часто повторяющейся непреднамеренной реакции в одном и том же эмоциональном контексте (депрессивное настроение) депрессивная руминация заполняет все эти концептуализации привычки (см. аргументы в Hertel, 2004; Watkins & Nolen-Hoeksema, 2014). RSQ (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), оценивает частоту повторяющегося руминативного поведения в ответ на устойчивый внутренний контекст грусти, подавленности или депрессии. Хертель (2004) отметил, что руминация является привычкой мышления, а начало ее эпизода часто бывает автоматическим, неосознанным и не требует приложения усилий. В соответствии с данной концептуализацией индивидуальные особенности руминации считаются устойчивыми в разных ситуациях и при повторном тестировании (Nolen-Hoeksema, Morrow, & Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema et al., 2008), даже когда есть изменения в уровнях депрессии. Депрессивные руминаторы описывают, что руминация происходит без осознанного намерения и что они не в состоянии ее контролировать (Watkins & Baracaia, 2001). Самоотчетный индекс привычного негативного размышления, оценивающий соответствующие измерения привычек (например, отсутствие осознания, отсутствие осознанного намерения, ментальная эффективность, сложность контроля), положительно коррелирует и с признаком, и с состоянием руминирования (Verplanken et al., 2007).

Рассмотрение руминации как привычки тоже соответствует концептуализациям руминации в ПА, которые предполагают, что она может повторяться чаще и стать более продолжительной, если это выученное поведение с последствиями, воспринимающимися как положительные. Данный контекстуально-функциональный подход утверждает, что руминация может быть реакцией на определенную среду, выученной в течение жизни (Martell et al., 2001).

Вуд и Нил (Wood and Neal, 2007) предполагают, что привычки развивались посредством автоматической связи между поведенческим ответом (например, руминация) и любым контекстом, который многократно возникал при реализации поведения (например, грустное настроение). Такие контекстные сигналы становятся автоматическими триггерами для поведенческого ответа, вследствие чего поведение контролируется присутствием или отсутствием сигнала, а не при посредничестве неявной или явной цели. Таким образом, любая часто

повторяющаяся реакция, зависящая от конкретного контекста, может привести к привычной реакции на него в соответствии с классическими стимул-реактивными теориями научения (подробнее см. Watkins & Nolen-Hoeksema, 2014). Привычка, вызванная контекстом, означает, что депрессивная руминация может происходить без прямого намерения и каких-либо усилий. Это соответствует тому, что я слышу от моих пациентов.

Вуд и Нил (2007) далее утверждают, что «привычки возникают из контекстно-реактивного научения, которое постепенно приобретает с опытом. В результате привычки не изменяются в ответ на текущие цели людей или случайные противоречащие привычке реакции». Привычки устойчивы к изменениям целей, результатов и намерений, и их трудно сдерживать (Hertel, 2004). Поскольку управление привычным поведением осуществляется непосредственно теми контекстуальными сигналами, которые сопоставляются с прежней моделью поведения, привычки начинают действовать и происходят без ссылки на цели или ожидаемые результаты. Модель привычек предполагает, что, как только руминация становится привычкой, ее сложно остановить, когда усвоены новые поведенческие цели, даже если она приводит к негативным последствиям или противоречит взглядам и намерениям человека.

Уроки для психологического лечения

Данный анализ привычек предлагает ряд уроков для нашего психологического лечения руминации. Интервенции, сфокусированные на изменении убеждений, отношений и намерений человека, а также предоставление новой информации, не эффективны для изменения привычного поведения (Verplanken & Wood, 2006; Webb & Sheeran 2006), потому что они не имеют прямого отношения к моделям контекстно-реактивного научения. Это, в свою очередь, говорит о том, что депрессивная руминация будет сопротивляться интервенциям (Verplanken & Wood, 2006), таким как изменение целей и убеждений клиента, когнитивная реструктуризация или психообразование. Следовательно, фокусирование только на содержании мысли (например, диспутирование мысли) недостаточно, чтобы остановить руминацию-привычку. Успешное изменение привычки скорее включает в себя либо (1) прерывание факторов воздействия окружающей среды (время, место, настроение, предыдущее поведение), которые автоматически вызывают привычку, либо (2) создание альтернативной несовместимой реакции на сигналы, вызывающие привычку, что, по сути, тренирует новую полезную привычку.

Вуд и Нил (2007) предполагают, что «интервенции с целью максимального изменения привычек предоставляют в распоряжение людей конкретные средства

контроля за сигналами, вызывающими привычку». Модель привычки предполагает, что привычки можно преодолеть, меняя или избегая воздействия сигналов, которые приводят их в действие (Verplanken & Wood, 2006). Например, когда сигнальный контекст для руминирования включает в себя конкретное местоположение (например, спальню) человека, предшествующее поведение (например, присесть с чашкой кофе после работы) или особенность обстановки (например, грустную музыку), изменение окружающих условий для устранения либо избегания иницилирующего контекста должно прерывать депрессивное руминирование.

Другим важным следствием является то, что определение автоматической контекстно-реактивной ассоциации в качестве мишени улучшает эффективность и долгосрочный характер интервенций для руминации и депрессии (см. Marteau, Hollands, & Fletcher, 2012). Чтобы лечение было эффективным в плане снижения руминации, бесполезная руминативная реакция на сигнальный контекст должна быть заменена на более полезную реакцию, при которой пациент обучается новой, более адаптивной привычке. Это требует «контркондиционирования или обучения, чтобы связать триггерный сигнал с реакцией, которая несовместима и тем самым вступает в противоречие с нежелательной привычкой» (Wood & Neal, 2007, р. 859). Такая интервенция предполагает повторную практику использования альтернативной, несовместимой, компенсаторной стратегии (например, конкретное мышление, релаксация) в ответ на триггерный сигнал (например, плохое настроение) для выработки новой контекстно-реактивной ассоциации.

Эта теория способствует развитию СРКПТ (см. Watkins & Nolen-Hoeksema, 2014) и согласуется с подходами ПА к депрессии. В терапии большое внимание уделяется выявлению предупреждающих знаков и триггеров, способных привести к привычной руминации («антецеденты»). ФА используется для эксперимента с изменениями окружающей среды, чтобы предотвратить активацию руминации. Использование планов на случай непредвиденных обстоятельств и «если..., то...»-планов направлено на повторяющуюся практику альтернативного -реагирования на эти предупреждающие признаки с целью обучить несовместимому функциональному реагированию вместо руминации. Я считаю, что современные методы лечения уделяют недостаточно внимания освоению новых привычек (см. Marteau et al., 2012), и очевидное признание этого в СРКПТ является одним из способов усилить эффекты лечения.

Функциональные объяснения руминации: руминирование как форма избегания

У людей может развиваться тенденция к более частой и продолжительной руминации, потому что руминация имеет для них инструментальную пользу через инструментальное обучение и эффекты позитивного и негативного подкрепления (например, Martell et al., 2001) и/или посредством формирования явных метакогнитивных убеждений о предполагаемых преимуществах и недостатках руминации (например, Wells, 1995). Эти «функциональные» объяснения выдвигают гипотезу о том, что подкрепляющие функции сохраняют и обостряют повышенную руминацию, но различаются в степени, в которой люди осознают эти функции.

Используя такое функциональное объяснение, теоретики концептуализировали руминацию как избегающее поведение, которое было усилено устранением авersiveного опыта (Borkovec & Roemer, 1995; Martell et al., 2001; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Watkins et al., 2007). Эта модель рассматривает руминацию как бесполезный эскапизм и избегающее поведение, которое было усилено в прошлом путем устранения авersiveного опыта (Ferster, 1973; Martell et al., 2001). Мартелл и соисследователи (2001) предположили, что, «хотя руминация может быть воспринята некоторыми людьми как авersiveная, вполне возможно, что она сохраняется за счет избегания еще более авersiveных состояний». Руминация может отложить открытое действие и избегать риска реальной неудачи и унижения или использоваться для того, чтобы избегать нежелательных личных характеристик (например, стать эгоистичным) через постоянное проявление бдительности и критику своей работы. Нолен-Хоксема и соисследователи (Nolen-Hoeksema et al., 2008) выдвинули гипотезу о том, что руминация подкрепляется сокращением дистресса, вызванного выходом из пугающих ситуаций и освобождением от ответственности за результаты.

Руминация также является потенциальной причиной и следствием избегания. Таким образом, руминирование обычно приводит к прокрастинации, которая становится избеганием. И наоборот, невыполнение планов, которые были намечены (например, избегание испробовать план в действии), может стать источником дальнейшего руминирования у пациентов.

Избегание может быть особенно проблематичным при развитии и сохранении депрессии. Во-первых, оно затрудняет прямой контакт человека с текущей проблемой и, как следствие, исключает возможность ее решения. Во-вторых, избегание приводит к ограничениям. Оно имеет тенденцию охватывать и распространяться на все стороны жизни, приводя к закрытой, не совсем полноценной жизни. В-третьих, избегание обычно препятствует получению новой информации, которая может опровергнуть волнующие вопросы или дать возможность обучаться, в результате чего шансы на изменения крайне малы.

Все эти свойства также присущи руминации. Она уменьшает непосредственный контакт человека с переживаемыми событиями, потому что это заставляет его сосредоточиться на своих мыслях и внутреннем состоянии, а не на том, что происходит в мире. Это блокирует как обучение на собственном опыте, так и способность заниматься позитивной деятельностью в полной мере. Руминация означает «застрять» в голове, а не присутствовать в мире.

Руминация коррелирует с показателями данных, полученных по дневникам самонаблюдения с избегающим поведением (Cribb, Moulds & Carter, 2006; Giorgio et al., 2010; Moulds, Kandris, Starr & Wong, 2007), такими как нанесение самоповреждений с использованием острых предметов, переедание и злоупотребление наркотиками и алкоголем (Nolen-Hoeksema et al., 2007). Тем не менее эта корреляция может отражать избегание, вызывающее повышенную руминацию, или одновременно избегание и руминацию, связанные с третьим фактором, таким как депрессия. На сегодняшний день нет прямых экспериментальных доказательств, действует ли руминация как форма избегания. Тем не менее мой клинический опыт к настоящему времени показал ценность исследования руминации как формы избегания. Пациенты действительно сообщают, что используют ее в данном качестве (Watkins & Baracaia, 2001).

Руминация также может иметь воспринимаемое положительное ценное значение как средство для улучшения понимания себя и представление о себе, своих чувствах и проблемах (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993; Watkins & Baracaia, 2001). Любомирский и Нолен-Хоксема (1993) обнаружили, что после периода руминирования люди с дисфорией сообщали о достижении понимания своих проблем относительно периода отвлеченного внимания, даже несмотря на то, что руминация у людей с депрессией связана с ухудшением навыка решения проблем. Уоткинс и Баракайя (2001) (Watkins and Baracaia, 2001), а также Фристон, Реом, Летарт, Дугас и Ладусеур (1994) (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas and Ladouceur, 1994) обнаружили, что люди с повышенным уровнем руминации и беспокойства сообщают о воспринимаемых преимуществах руминации, таких как более глубокое понимание себя и представление о себе и депрессии, решение проблем, извлечение уроков из прежних ошибок и предотвращение будущих, повышение эмпатии, а также отсутствие потери контроля.

Кроме того, имеются свидетельства того, что люди, склонные к депрессивной руминации, убеждены в ее пользе для решения проблем и преодоления сложных эмоций (Parageorgiou & Wells, 2001; Watkins & Baracaia, 2001; Watkins & Moulds, 2005). Такие положительные метакогнитивные убеждения о руминации могут привести к тому, что эти люди будут чрезмерно руминировать. Недавние

исследования показали, что такие оценки и убеждения могут стать движущей силой руминации. Согласно проспективному лонгитюдному исследованию, убеждения в том, что руминация полезна для достижения понимания себя, прогнозировали увеличение признаков руминирования в течение следующих двух месяцев (Kingston, Watkins & Nolen-Hoeksema, 2015; Kingston, Watkins & O'Mahen, 2013). Экспериментальное исследование показало, что манипулирование оценками полезности руминации повлияло на количество состояний руминирования после неожиданного провала. При этом оценки руминации как полезной привели к большему количеству руминаций по сравнению с ее оценками как бесполезной (Kingston & Watkins, 2015).

Предполагаемые и клинически наблюдаемые функции беспокойства и руминации включают в себя (1) предотвращение риска неудачи/унижения путем обдумывания, а не осуществления действия; (2) попытки решить проблему или прийти к пониманию текущих проблем, но без конкретного плана действий; (3) избегание и минимизацию критики, предвидя потенциальные негативные реакции других; (4) контроль нежелательных чувств; (5) избегание нежелательных атрибутов с помощью самомотивации (например, «быть начеку»); (6) повышение инструментального понимания путем осуществления попыток понять причины произошедшего, чтобы лучше знать, что делать, и предотвратить будущие проблемы; 7) снижение чувства ответственности и повышение уверенности в своих выводах.

В рамках этого функционально-контекстуального объяснения ранний опыт может объяснить, почему некоторые люди застревают в чрезмерной и патологической руминации. Руминация может быть выучена как стратегия борьбы с трудным и жестоким опытом в детском возрасте. Сталкиваясь с критикой или жестоким обращением, ребенок может тратить много времени на анализ и оценку мотивов и сигналов окружающих, чтобы предсказать свое поведение и избежать критики и наказания. В этом контексте руминация может быть адаптивной стратегией, которая уменьшает вред, вследствие чего она усиливается, чрезмерно усваивается и неизбирательно применяется к другим ситуациям.

Руминация также может развиваться, если ребенку не позволяют выражать свои мысли и чувства или он не способен влиять на ситуацию собственными действиями, побуждающими к дальнейшему обращению к своему внутреннему миру. Аналогичным образом, если ребенок не усваивает активные поведенческие компенсаторные стратегии преодоления трудностей и регулирования эмоций, поскольку его родители чрезмерно контролируют ситуацию, может возникнуть повышенный риск возникновения руминации (Spasoeviz & Alloy, 2002). В соответствии с этими гипотезами отчеты пациентов о

сексуальном насилии в детстве, которое сопряжено с трудным для понимания опытом, бессилием и запретами говорить о случившемся, связаны с руминацией (Conway et al., 2004). Наконец, руминирование может быть смоделировано родителем или значимым опекуном. Многие пациенты сообщают, что один или оба их родителя были беспокойными людьми и руминаторами.

Уроки для психологического лечения

Представление руминации как избегающего поведения лежит в основе ПА-подхода к руминации (Martell et al., 2001). Он свидетельствует о пользе подробного изучения потенциальных функций руминативного поведения, как показано на примере ФА. Эти функции, вероятно, будут идиосинкразическими для каждого пациента, а замена руминации альтернативным поведением — более успешной, когда заменяющее поведение закрепляется в модели поведения пациента и выполняет ту же функцию, что и руминация. Например, если руминация используется как средство избежать нежелательных чувств, таких как гнев, альтернативное к руминации поведение вряд ли останется в репертуаре человека, если оно не уменьшит гнев. Функционально-аналитический подход в рамках СРКПТ предназначен для рассмотрения данного теоретического элемента.

Режим обработки в руминации

Важная переменная, влияющая на последствия руминации, — применяемый во время нее режим обработки или стиль мышления (Borkovec, Ray & Stober, 1998; Watkins, 2008). Есть данные о том, что негативная руминация с абстрактным режимом обработки имеет более неконструктивные последствия, чем характеризуемая конкретным режимом обработки. Абстрактный режим обработки концептуализируется как фокусирование на общих, второстепенных и деконтекстуализированных мысленных образах, которые передают основной смысл, причины и последствия целей и событий, включая *почему*-аспекты действия и результат, к которому оно приводит. Конкретный режим обработки, напротив, предполагает фокусирование на непосредственном, конкретном и контекстуализированном опыте некоего события, а также на деталях целей, событий и действий, которые обозначают выполнимость, механику и средства, *как сделать действие*.

Метод обработки руминации (Watkins, 2008) предполагает, что последствия абстрактной в противовес конкретной обработки определяются их относительной чувствительностью к контекстуальной и ситуационной детализации. По

сравнению с конкретным режимом, абстрактный режим отделяет индивидуума от определенного контекста, делая его менее отвлеченным и импульсивным и обеспечивая большую последовательность и стабильность в достижении цели во времени. Кроме того, он допускает как полезные, так и бесполезные обобщения и умозаключения в разных ситуациях. Однако абстрактный режим также делает человека менее восприимчивым к среде и любым ситуационным изменениям и дает меньше конкретных руководств к действию и решению проблем из-за его удаленности от механики действия (Watkins, 2011). Таким образом, в отношении трудностей и негативных событий конкретный режим обработки будет адаптивным по отношению к абстрактному режиму обработки, поскольку он приведет к (1) улучшению саморегуляции, сфокусированной на непосредственных требованиях ситуации, а не на ее оценочных последствиях (Leary, Adams & Tate, 2006); (2) уменьшению негативных свехобобщений эмоциональных событий, при которых единственная неудача объясняется с точки зрения глобальной личностной неадекватности, связанной с повышенной эмоциональной реактивностью (Carver & Scheier, 1982, 1990) и склонностью к депрессии (Carver, 1998); (3) более эффективному решению проблем путем предоставления более подробной и контекстуальной информации о конкретных средствах и действиях, которые лучше всего предпринять, столкнувшись со сложными, новыми или трудноразрешимыми ситуациями.

Проработку проблем, о которых участники беспокоятся или руминируют, независимые и анонимные исследователи оценивают как более абстрактную и менее конкретную, чем проработка проблем, о которых участники не беспокоятся или не руминируют (Borkovec et al., 1998; Stöber, 1998; Stöber & Borkovec, 2002; Watkins & Moulds, 2007). Кроме того, используя метод выборки опыта у 31 студента, исследованных восемь раз в день в течение одной недели, Такано и Танн (2009) обнаружили, что люди с возрастающим уровнем депрессивных симптомов мыслят абстрактнее в повседневной жизни. Более того, в соответствии с гипотезой о том, что режим обработки влияет на последствия руминации, самофокусированная руминация была в значительной степени связана лишь с негативным настроением в контексте повышенного уровня абстрактного мышления.

Экспериментальные исследования также показали, что манипулирование режимом обработки влияет на последствия руминирования в соответствии с теорией режима обработки. Исследования адаптировали стандартизированную индукцию руминации, чтобы сохранить ключевой исходный элемент повторяющегося фокусирования на себе, симптомах и настроении, но с инструкциями по применению разных режимов обработки. У пациентов с депрессией индукция руминации, стимулирующая более конкретную обработку, в

которой участникам было дано указание «сосредоточить внимание на опыте» чувств, настроения и симптомов, сравнивалась с индукцией руминации, стимулирующей более абстрактную обработку, в которой участникам было поручено «думать о причинах, значениях и последствиях» чувств, настроения и симптомов. По сравнению с абстрактной руминацией, конкретная руминация уменьшила негативные глобальные суждения о себе, такие как «Я никчемный» (Rimes & Watkins, 2005), улучшило решение социальных проблем (Watkins & Formds, 2005) и увеличило специфичность автобиографических воспоминаний (Watkins & Teasdale, 2001). Эти результаты показывают, что руминация, сфокусированная на прямых конкретных переживаниях настроений и чувств, уменьшает паттерны когнитивной обработки, связанные с повышенной склонностью к депрессии, по сравнению с руминацией, сфокусированной на причинах, значениях и последствиях переживания настроений и чувств.

Экспериментальные исследования также изучали, влияет ли манипулирование участниками на повторяющееся обдумывание как в абстрактном, так и в конкретном способе на эмоциональную реакцию на аналогичные травмирующие события или события, связанные с утратой. По сравнению с манипуляциями для осуществления абстрактной руминации, манипуляции, которые инструктировали участников заниматься конкретной руминацией, привели к более быстрому восстановлению от негативного воздействия и уменьшению вмешательств после предыдущей негативной индукции (просмотр фильма, вызывающего дистресс: Ehrling, Szeimies & Schaffrick, 2009; провал теста IQ: Watkins, 2004a). Уоткинс (2004a) случайным образом распределял участников, чтобы они могли выразительно написать о ранее индуцированной неудаче либо абстрактным (например, «Почему вы так себя чувствовали?»), либо конкретным способом (например, «Как вы себя чувствовали момент за моментом?»). Способ обработки повлиял на эмоциональное восстановление после неудачи: в более высоких уровнях признака руминации уровни негативного настроения через 12 часов после негативной индукции (провал в тесте) были выше, но только у людей, которые написали абстрактно, а не у тех, кто написал конкретно. Дальнейшие действия были посвящены обучению участников абстрактному или конкретному мышлению посредством многократной практики либо абстрактной оценки причин, значений и последствий эмоциональных сценариев, либо образному представлению конкретных деталей того, что происходит в каждом сценарии до непредвиденной неудачи. Лица, обученные думать об эмоциональных событиях конкретным образом, снизили эмоциональную реактивность (менее грустное настроение) к последующему экспериментальному стрессору — по сравнению с людьми, обученными быть абстрактными (Watkins, Moberly & Moulds, 2008).

Таким образом, режим обработки может влиять на результаты руминирования в ответ на неприятные или тревожные события. В целом эти выводы предполагают наличие конструктивных форм руминации, характеризующихся конкретным стилем мышления — в отличие от неконструктивных форм руминации, характеризующихся абстрактным стилем.

Уроки для психологического лечения

Это исследование предлагает ряд уроков для нашего психологического лечения руминации. Во-первых, оно предполагает, что выбор стиля обработки в качестве мишени способен помочь людям перейти от малоадаптивной повторяющейся мысли к адаптивной повторяющейся, от руминации — к решению проблем. Во-вторых, более определенно свидетельствует о том, что быть конкретнее (спрашивая «Как?») означает большую адаптивность в своих реакциях на негативные ситуации, нежели являясь абстрактным (спрашивая «Почему?»). Таким образом, изменение стиля обработки — ключевой компонент СРКПТ, что явно отражается в этой фундаментальной научной работе.

Связь между беспокойством и руминацией

Люди часто спрашивают, одинаковы ли беспокойство и руминация. В научной литературе ведутся споры о том, отражают ли они разные, но связанные процессы (например, Papageorgiou & Wells, 1999) по сравнению с одинаковым основополагающим процессом, применяемым к разному содержанию, специфичному для расстройства (Segerstrom, Tsao, Alden & Craske, 2000; Watkins, 2008).

Беспокойство и руминация тесно связаны: обычно существует высокая зависимость (.6-.7) между стандартизированными критериями опросников беспокойства и руминацией (PSWQ**** против RSQ***** соответственно). Кроме того, моделирование структурными уравнениями (structural equation modeling) показывает, что эти критерии воздействуют на общий фактор и что обе формы повторяющейся мысли одинаково связаны с симптомами тревоги и депрессии (Fresco, Frankel, Mennin, Turk & Heimberg, 2002; Segerstrom et al., 2000). Помимо этого, когда люди оценивали примеры беспокойства и руминации из личного опыта по ряду когнитивных параметров, было обнаружено мало различий (Papageorgiou & Wells, 1999; Watkins, 2004b; Watkins, Moulds & Mackintosh, 2005), за исключением того, что беспокойство преимущественно сфокусировано на будущем, тогда как руминация — на прошлом. Экспериментальные исследования, включавшие в себя экспериментальное манипулирование

беспокойством по отношению к руминации, обнаружили схожее влияние на настроение с увеличением показателей как тревожности, так и депрессии — в сравнении с контрольными состояниями (например, Blagden & Craske, 1996; McLaughlin, Borkovec & Sibrava, 2007). Таким образом, конвергентные данные указывают на значительную близость процессов и последствий беспокойства и руминации. Хотя нам нужно быть осторожными в вынесении окончательного заключения, наиболее благоразумная точка зрения, соответствующая этим данным, заключается в том, что беспокойство и руминация имеют общий основополагающий процесс, который отличается по конкретному содержанию. Эта точка зрения согласуется с моделями на основе цели повторяющейся мысли (например, Martin & Tesser, 1989; Martin & Tesser, 1996a), которые предполагают, что беспокойство и руминация возникают как реакция на недостигнутую или неосуществившуюся цель и сохраняются до тех пор, пока цель не будет достигнута или от нее не откажутся. При этом содержание мысли зависит от неосуществившейся цели. Таким образом, беспокойство может быть вызвано неосуществившимися целями, связанными с опасностью, и сфокусировано на будущем, в то время как депрессивная руминация может быть вызвана неосуществившимися целями, связанными с самоидентификацией и сфокусированными на прошлом.

В клинической практике трудно точно различить беспокойство и руминацию. Пациенты часто используют термины взаимозаменяемо и могут брать слово «беспокоиться» в качестве названия и для депрессивной руминации, и для тревожного беспокойства. Кроме того, люди склонны думать и о событиях прошлого, и о неопределенности в будущем, причем одно выступает в роли триггера для другого. Таким образом, размышление о прежнем событии, которое прошло неудачно, вероятно, приведет к размышлениям на тему, что может пойти не так в будущем, и наоборот. Даже если предполагается, что беспокойство и руминация различны, они при этом соединяются и в мыслях пациентов постепенно образуют единое целое.

Уроки для психологического лечения

Следствием параллелей между беспокойством и руминацией является то, что интервенции, направленные на снижение депрессивной руминации, вроде тех, что разработаны в СРКПТ, должны быть эффективными и в снижении тревожного беспокойства. Данные клинических исследований, обсуждаемые в главе 1, указывают на то, что СРКПТ снижает как беспокойство, так и руминацию.

Потенциальные функции руминации

Как отмечалось ранее, руминация концептуализирована как поведение убегания и избегания, усиленное за счет устранения аверсивного опыта в прошлом или по причине того, что она имеет предполагаемые или фактические функции. В течение 15 лет разработки и определения качества СРКПТ я наблюдал ряд общих и повторяющихся функций руминации у пациентов с депрессией и тревогой. В следующем разделе описываются эти часто предполагаемые функции. Хотя иногда пациенты могут их осознавать, зачастую они не имели представления о потенциальных функциях, которые могут усиливать руминацию. Даже если пациент инициировал руминацию по другой причине, если у нее есть усиливающая функция, это приводит к учащению руминаций.

Как терапевт я вместе с пациентом работаю над выдвижением гипотезы о возможных функциях (см. главу 6 о ФА). Функции необязательно должны быть автономными: они могут частично совпадать, и для любого отдельно взятого пациента руминация может иметь несколько потенциальных функций.

Поиск понимания и инсайта

Часто руминация сфокусирована на попытке понять причины и значения трудных событий, чувств и поведения, примером чего являются «почему»-вопросы о событиях. Некоторые люди руминируют, анализируя ситуацию до тех пор, пока не выяснят причины случившегося. Такое аналитическое мышление может иметь инструментальный замысел с точки зрения поиска способов для предотвращения повторений нежелательных событий и обеспечения чувства контроля или уверенности. Некоторые могут чувствовать себя безопаснее, стараясь разобраться с тем, что происходит, обдумывая это в голове, а не действуя в реальном мире.

Самомотивация

Пациенты часто сообщают, что им необходимо сосредоточиться на своих трудностях, недостатках и отрицательных характеристиках в качестве средства мотивации и давления на себя, чтобы повысить свою производительность. Они напоминают себе о своих ограничениях с целью подстегнуть себя и избежать перехода к нежелательному поведению (например, говорят: «Я ленив, недостаточно стараюсь, и я должен уметь это делать»). Это похоже на мотивационный подход побуждения, критики и крика на самого себя, чтобы заставить себя двигаться дальше. Один пациент привел пример критического внутреннего голоса, кричащего, как старшина, через плечо. Таким образом пациент подстегивал сам себя. Этот подход в краткосрочной перспективе может

привести к всплеску роста активности, но вряд ли будет продуктивным в долгосрочной, поскольку способствует развитию негативной самооценки. Конструктивной альтернативой здесь может стать принятие более поощрительной и сострадательной позиции по отношению к себе.

Планирование и подготовка

Повторяющиеся мысли, особенно о нерешенных проблемах или ожидаемых событиях, могут быть попыткой спланировать и подготовиться к ним, например, представить, что произойдет, и прокрутить возможные реакции. Такая подготовка и планирование — общая черта беспокойства. Она может быть адаптивной и полезной и вести к повышению производительности, улучшению разрешения проблем. Однако попытки подготовки и планирования могут оказаться нецелесообразными и не дать полезных решений. Более того, даже если эти попытки содержат полезные элементы, у некоторых пациентов руминация может стать очень продолжительной и повторяющейся, так как сценарии воспроизводятся снова и снова и планы постоянно вырабатываются, но никогда не претворяются в жизнь. В этом случае попытка планирования и подготовки становится способом избежать столкновения с реальной ситуацией, поскольку руминатор стремится к полной уверенности в своем плане, прежде чем приступить к его осуществлению. Поощрение решения проблем и конкретное мышление — хорошие альтернативы руминации, которая учитывает функции планирования и подготовки. Вопрос о том, приводит руминация к решению или плану и ведет ли мысль к действию, — полезный эвристический метод, чтобы определить, не застревает ли пациент в чрезмерной руминации.

Избегая «нежелательного Я»

Что касается функции самомотивации, некоторые руминации, видимо, служат функцией избежать превращения в человека определенного типа, которым пациент боится стать. Например, человек, который беспокоится о том, что станет высокомерным, руминирует о случаях, когда он был напористым или эгоцентричным, и ругает себя за такое поведение. В этом случае он опасается, что без руминации, тормозящей его поведение, «нежелательное Я» материализуется. Постоянное подчеркивание нежелательных аспектов самого себя действует как напоминание действовать по-другому. Предоставленная в опросниках информация о плохом родителе, которому пациент не хочет подражать, является одним из признаков того, что эта функция присутствует (например, женщина, которая описывает свою мать как плохую и эгоистичную и озабочена тем, чтобы самой не стать эгоистичной).

Избегание проблем, связанных с работой или скукой повседневной рутины

Руминация включает мысленное погружение в себя и фокусирование на внутреннем мире памяти, образов и мыслей. Время от времени это может быть способом отвлечь внимание от скучных, сложных или неприятных событий во внешнем мире. Хороший пример здесь — мечта о хороших событиях, которые могут произойти. Даже если фокусироваться на позитивных результатах, она может принести вред, если станет частой и продолжительной. Такое поведение особенно преобладает, когда пациент сталкивается с трудностями на работе или повторяющимся и скучным распорядком дня.

Избегание риска провала или унижения

Руминация часто содержит повторяющиеся мысли о ситуациях, которые воспринимаются как ответственные, сложные или рискованные, например встреча с новыми людьми, приглашение кого-то на свидание, самоутверждение, разговор с менеджером, сдача теста, прохождение собеседования или попытка попробовать что-то новое. Руминация и беспокойство связаны с длительным обдумыванием таких ситуаций — о том, что может произойти, что они могут означать и каковы могут быть последствия.

Процесс обдумывания подобных ситуаций часто означает, что человек на самом деле не предпринимает действий, а скорее прокрастинирует и откладывает взаимодействие с ситуацией. Хотя такое продолжительное размышление могло начаться как попытка строить планы или достигнуть цели, оно может сохраняться, поскольку позволяет избежать риска реального провала или унижения. Размышление о том, что может пойти не так, для некоторых пациентов предпочтительнее и безопаснее, чем пробовать новое в реальном мире и столкнуться с риском того, что что-то действительно пойдет не так, особенно если результат, вызывающий опасения, рассматривается как катастрофический. Некоторые пациенты сообщают, что они используют руминацию, вместо того чтобы решать проблемы в действительности.

Предвосхищение критики и предвидение потенциальных негативных реакций

Руминация часто сфокусирована на социальных и межличностных темах и может иметь функцию влияния на реакции других людей и ограничение их воздействия. Как следствие, большое количество руминаций и беспокойств фокусируется на попытке предвидеть или предвосхитить негативные реакции других людей. Это

может принимать форму попытки читать мысли и догадок. Например, ребенок, чьи родители очень критичны и иногда физически агрессивны, становится весьма чувствительным к признакам критики и руминирует о своих действиях, которые могут вызвать реакцию со стороны родителей. Подобная руминация помогает ему предвидеть, когда мама и папа наиболее вероятно будут критичными и агрессивными, и таким образом уменьшить негативные реакции, избежать реальной критики. В данном контексте развития руминация о том, как реагируют другие люди, может стать привычной. Она была бы функцио-нальной в исходном контексте, но затем может сохраняться и неизбирательно применяться к другим ситуациям во взрослом состоянии. Руминация может также являться попыткой минимизировать негативное влияние критики и отвержения путем интернализации и предвидения таких реакций, так что пациент чувствует себя подготовленным и не сильно задетым последующей критикой.

Контроль над чувствами

Руминация была концептуализирована как форма (неэффективной) эмоциональной регуляции. Тем не менее ясно, что руминация на эмоциональные темы может как усугубить эмоции, связанные с фокусом руминирования, так и ослабить те из них, которые с ней не совместимы. Исходя из этого, одной из функций руминации является контроль чувств и эмоций. Человек, который подавлен и негативно относится к себе, может руминировать о том, что его трудности возникли из-за других людей, и размышлять об их неадекватности и сговорах. Это вынудило бы его перейти от чувства подавленности к чувству гнева с сопутствующим увеличением энергии и самооправданием. Такие последствия для эмоций усилили бы руминацию. Часто мы видим сложные и динамические паттерны эмоций, связанные с руминацией, которые развиваются в реципрокные петли (например, пациент чувствует себя подавленным и руминирует так, что это приводит к злости, но затем руминирует о своем гневе и бесчувственности, а далее начинает чувствовать себя виноватым и подавленным; и так далее).

Оправдание и рационализация

Погружение во все трудности и проблемы может служить для пациента оправданием и обоснованием того, чтобы ничего не менять или не начинать. Один пациент сообщил: «Я предпринимаю действия в отношении этого, думая об этом». Конечно, мышление о проблемах может быть полезным и продуктивным, поэтому СРКПТ стремится переключить пациентов на продуктивное мышление, а не препятствовать их размышлениям о проблемах. Однако если мышление

приводит только к большему размышлению, а не к решениям или действиям, это, скорее всего, не поможет.

Сбор сведений и разработка обоснований

В подобном ключе возможной функцией руминации может быть мыслительная репетиция рассуждений о том, почему все должно быть определенным образом, сведения в подтверждение определенной точки зрения и разработка обоснования поведения. Эта функция, прежде всего, бывает связана с руминацией, касающейся чрезвычайно высоких стандартов, и гневом по отношению к людям, которые им не соответствуют. В таком случае человек продолжит подробно останавливаться на случаях, когда его стандарты оказались не соблюдены, и на том, почему все должно быть так, как хочет он. Пациент может чувствовать, что не думать о своих стандартах значило бы ослабить их.

[****](#) Опросник беспокойства Пенсильванского университета. — *Примеч. пер.*

[*****](#) Опросник стиля реакции. — *Примеч. пер.*

Глава 3. Основные компоненты и принципы СРКПТ

Основные компоненты СРКПТ

СРКПТ имеет ряд основных компонентов, которые описаны ниже. Пошагового протокола, требующего использовать конкретные компоненты в определенном порядке или в определенных сеансах, не существует, нет и рецептов для применения СРКПТ. Компоненты, используемые в лечении, зависят от предварительной оценки, ФА и его разработки для каждого пациента. Тем не менее СРКПТ не бесструктурна. На первых сессиях основное внимание уделяется оценке и социализации, а также проводится одна или две простых активных интервенций, таких как корректировка непредвиденных обстоятельств, вызванных окружением, практика релаксации, прослушивание записи сеанса или чтение учебных материалов. Дальнейшие сессии фокусируются на замене избегающего поведения подходом, направленным на решение проблем, а также на коучинге идентификации и изменения когнитивного стиля. Заключительные сессии консолидируют эти изменения, завершают лечение и помогают строить планы на будущее, включая предотвращение рецидивов.

На протяжении всей терапии СРКПТ использует стандартные элементы и организацию КПТ, включая структурированный формат, концентрацию на настоящем моменте, совместный эмпиризм, установление повестки дня, обратную связь и резюме, домашнее задание, метод управляемых открытий и поведенческие эксперименты (например, как описано в Beck et al., 1979). Ключевые изменения, по сравнению со стандартной КПТ для депрессии, предусматривают акцент на функцию и полезность мыслей и поведения (вместо того, чтобы исследовать их достоверность и доказательства), ориентацию на изменение привычек и работу над изменением стиля мышления.

Ключевыми компонентами СРКПТ в типичном порядке их использования по ходу лечения являются:

1. Идиосинкратическая оценка, связанная с четким обоснованием фокуса на руминации и избегании, основанная на идее, что руминация — выученное поведение. Здесь важно включить в обоснование историю развития пациента.
2. Практика выявления руминации, избегания и ранних предупреждающих знаков каждого с использованием формальных домашних заданий.

3. ФА для изучения контекста и функции руминации и избегания. ФА — это подход к определению функций и контекстов, при которых происходит желаемое и нежелательное поведение, то есть к поиску способов систематического увеличения или снижения целевого поведения. Он сосредоточен на изучении изменчивости и контекста поведения в личном опыте человека и использовании этого для руководства интервенциями.
4. Резервные «если..., то...»-планы, включающие практику более адаптивных и полезных реакций на ранние предупреждающие сигналы вместо руминации. Такие альтернативные реакции могут включать открытое поведение или использование упражнений на мысленные образы и визуализацию.
5. Проведение экспериментов на предмет, является ли руминация адаптивной, и апробирование альтернативных стратегий, например эксперимент «почему — как», в котором пациенты сравнивают абстрактные размышления о тревожной ситуации (спрашивая «Почему это произошло?») с размышлениями о ней конкретным образом (спрашивая «Как это произошло?»), чтобы усвоить, что стили мышления влияют на эффекты руминации (см. главы 2 и 9).
6. Повышенная активность и пониженное избегание, включая создание рутинных действий. Активность должна быть как можно более конкретной, нацеленной на изменение поведения.
7. Использование экспериментальных упражнений и визуализации, чтобы предоставить функциональный опыт адаптивного использования внимания как противодействие руминации. Эти упражнения должны включать в себя позитивную «погруженность-сосредоточение» воспоминаний и упражнений на сочувствие. Цель таких упражнений и экспериментов — установление альтернативного конструктивного стиля мышления с целью заменить патологический абстрактный стиль, характерный для руминации.
8. Фокус на ценности пациента, чтобы минимизировать руминацию о сферах, не имеющих значения, и поощрять активность в соответствии с ценностями.
9. Предотвращение рецидивов.

Терапия обычно следует этой последовательности компонентов лечения. Однако она определяется результатами ФА и оценки. Не существует установленного порядка, в котором терапевт вводит элементы лечения. Я призываю СРКПТ-терапевтов ознакомиться с принципами терапии и быть гибкими в осуществлении интервенций, чтобы использовать клинические

возможности, когда они возникают. Выбор компонентов лечения основан на рецептуре, вытекающей из оценки и ФА каждого пациента (см. главы 4, 6, 7 и 8).

Что касается индивидуальной очной СРКПТ, обычно лечение включает в себя 12 сеансов продолжительностью примерно один час, причем терапия преимущественно направлена на руминацию. В наших исследованиях лечения мы сосредоточились на лечении руминации в рамках 12 сессий, потому что проверяли гипотезу о том, что определить руминацию в качестве мишени достаточно, чтобы уменьшить депрессию и тревогу. Кроме того, поскольку беспокойство, руминация и избегание связаны со многими трудностями, а также симптомами тревоги и депрессии, избирательное нацеливание казалось эффективным способом проведения терапии, которую пациенты одобрили и посчитали заслуживающей доверия.

Однако не важно, станет ли руминация единственным фокусом терапии. Подходы и техники, обсуждаемые в данном руководстве, могут быть использованы как самостоятельное лечение депрессии или включены в качестве модуля, сфокусированного на руминации или беспокойствах, в курс КПТ, который имеет и другие цели. Присутствие СРКПТ в более широких программах лечения может быть особенно полезным для пациентов, которые не выздоравливают и у которых беспокойство и руминация определены как основные проблемы.

Структура лечебных сессий

Общая структура каждой лечебной сессии:

1. Краткий обзор времени, прошедшего с предыдущей сессии.
2. Определение повестки дня сессии.
3. Отзыв о предыдущей сессии; обсуждение ее аудиозаписи. (Чтобы добиться максимального эффекта от терапии, я советую вам и вашему пациенту слушать эти записи между сессиями.)
4. Проверка домашнего задания.
5. Основное внимание на сессии уделяется обсуждению и дальнейшей практике. Этот центральный раздел сфокусирован на ФА, поведенческих экспериментах, экспериментальных упражнениях и планировании домашних заданий. Он основан на общих принципах СРКПТ (изложены далее в этой главе) с целью обучить пациента альтернативным способам реагирования на трудности. В идеальной сессии определяется проблема и составляется

план, вероятно, через ФА, который предполагает потенциальное полезное изменение. Данное изменение затем проверяется с помощью упражнений или поведенческого эксперимента в ходе сессии. Если это изменение в поведении или стиле мышления окажется полезным во время сессии, то планируется его дальнейшее применение в повседневной жизни, вероятно в качестве плана «если..., то...».

6. Резюмирование рассмотренных проблем и приобретенных знаний.
7. Определение новых домашних заданий.
8. Отзыв о текущей сессии и организация следующей.

Основные техники, используемые в СРКПТ

СРКПТ использует ряд лечебных интервенций и техник, включая как стандартные существующие когнитивно-поведенческие методы, так и некоторые новые, полученные из фундаментальных исследований, описанных в главе 2. Выбор конкретной техники не обусловлен стандартным порядком или формулой. Он скорее следует из оценки пациента, ФА и формулировки заключения. Выбор компонентов лечения подробно рассматривается в главе 7.

Терапевт и пациент разрабатывают план интервенций с использованием любой из перечисленных ниже стратегий. Стратегии должны быть отобраны на основе того, как они соответствуют ФА и формулировке заключения и насколько соответствуют проблемам и целям пациента. Приоритет следует отдавать интервенциям, направленным на устранение руминации и избегания способом, который наиболее соответствует целям пациента.

В качестве главного принципа любая интервенция будет более эффективной, если:

- Составлен план, согласно которому и пациент, и терапевт делают записи.
- Пациент практикует интервенцию неоднократно в течение сеанса и выполняя домашнее задание.
- Интервенция осуществляется максимально точно и конкретно.

Основные техники, используемые в СРКПТ:

Анализ «Антецедент — Поведение — Следствие»

Анализ «Антецедент — Поведение — Следствие» (Antecedent — Behavior — Consequence Analysis, ABC) является центральным техническим приемом в ФА, с руминацией в качестве поведения, выбранного как мишень. Подход ABC включает в себя вопросы пациентам о том, что происходит перед эпизодом руминации (антецедент: потенциальные триггеры и сигналы), во время (содержание и последовательность мыслей) и после нее (следствия) — изменения в поведении и чувствах (например, было ли это полезно). Мы хотим узнать, как руминация развивается и меняется с течением времени, а также понять, как одна мысль перетекает в другую. Руминация — не статичный, а динамический процесс взаимодействия мыслей, чувств и действий, поэтому важно изучить эти компоненты и то, как они дополняют друг друга. Понимание антецедентов или триггеров руминации служит подсказкой к определению ее цели и помогает планировать, где и когда произвести изменения, чтобы избавиться от привычки. Знание последствий дает ключ к разгадке использования и функций руминации, а также помогает терапевту и пациенту продумать альтернативные действия, способные полностью ее заменить. Другими словами, каково применение или цель поведения? Когда человек руминирует, к каким последствиям приводит руминация? Ответы на эти вопросы составляют центральную часть формулировки и концептуализации руминации в рамках СРКПТ; предположение о ее функции или цели лежит в основе того, каким способом терапевт попытается ее изменить.

Анализ КПРА

КПРА (CUDOS, **C**ontext, **U**sefulness, **D**evelopment, **O**ption**S**.) — это контекст, польза, развитие, альтернативы. Это дополнительный способ проведения функционального анализа. Он направлен на поиск информации, которая относится как к функции руминации (в соответствии с анализом ABC), так и к изменчивости и ситуативности поведения, выбранного в качестве мишени. В частности, анализ направлен на поиск:

- **контекста**, который влияет на руминацию и связанное с ней поведение (что, когда, где, как, с кем происходит или не происходит);
- **пользы** руминации (функция и эффекты; когда она была полезной или бесполезной);
- **развития** поведения (когда оно началось);

- **альтернативы**, которую можно попробовать вместо руминации (что случилось, когда она прекратилась; более подробную информацию см. в главе 6).

Компоненты «контекст» и «польза» КПРА пересекаются с анализом ABC при рассмотрении предшествующих событий и следствий поведения, определенного в качестве мишени, такого как руминация. Тем не менее КПРА уделяет больше внимания изменениям в обстоятельствах между теми состояниями, когда руминация происходит или не происходит, и между теми случаями, когда она дает разные результаты. По существу, подход КПРА помогает выяснить, при каких условиях наблюдается поведение, выбранное в качестве мишени (например, руминация), и при каких условиях оно не наблюдается. Контекстуальные факторы, влияющие на руминацию, подразделяются на внешние факторы среды, такие как аспекты мира (время, место, обстановка, другие люди), и внутренние факторы пациента, такие как настроение, усталость, настороженность или психическое состояние пациента, а также то, как он реагирует на мир (Как он себя ведет? На что обращает внимание?). Другими словами, терапевт находится в поисках того, что влияет на руминацию или определяет ее частоту, эффекты или продолжительность.

Формы самоконтроля

Пациенты отслеживают свои руминации, их antecedенты и следствия, чтобы проинформировать ФА и выявить позитивные действия, количество которых надо увеличить.

Планирование деятельности

Пациент и терапевт вместе планируют действия, обычно определяя, какие из них предположительно принесут пользу. Акцент делается на увеличение подходов к поведению и снижению избегания. Пациентам приводятся доводы, такие как «открыться жизни» и «подзарядить батареи» за счет увеличения позитивных действий.

Деятельность для удовольствия и мастерства

Пациенты определяют виды деятельности, которые вызывают удовольствие, и планируют эти виды деятельности в качестве дальнейших домашних заданий.

Записи в дневниках часто используются для определения тех видов деятельности, количество которых можно увеличить.

Ранжированные задания

Действия разбиваются на более мелкие этапы, чтобы сделать их более управляемыми, и планируются как домашние задания.

Словесная репетиция поставленных задач

Терапевт и пациент обсуждают задачи и практикуют их на терапевтическом сеансе, чтобы повысить вероятность их реализации в повседневной жизни.

Управление ситуационными непредвиденными обстоятельствами

Составляются планы для увеличения вероятности выполнения желаемых действий, например в виде расписания, рассказа другим людям о них, а также создания среды, способствующей их осуществлению.

Ролевые игры и моделирование терапевта

Терапевт и пациент практикуют альтернативное поведение на сессии, чтобы увеличить вероятность его внедрения в повседневной жизни.

Контроль за состоянием среды

Потенциальные сигналы и триггеры для привычной руминации определяются и модифицируются путем изменения внешней среды или моделей поведения пациента. Например, если руминация запускается прослушиванием грустной музыки, то пациент заменяет ее на другую. Если руминация связана с конкретным порядком действий (например, приходя домой после работы, сесть покурить), то пациент меняет свой шаблон.

Планы на случай непредвиденных обстоятельств («если..., то...»-планы)

Эти планы представляют собой стратегии, направленные на то, чтобы прервать руминацию пациента и связанное с ней избегание, прервав привычку размышлять, а также заменить руминацию конструктивной альтернативой.

Данная альтернатива будет устанавливаться с учетом репертуара и ценностей пациента, того, что эмпирически признано полезным, а также клинически обосновано. Каждая из техник и стратегий, перечисленных в этом разделе, может быть применена как часть «если..., то...»-планов.

Прикладная и прогрессивная релаксация

Пациент практикует напряжение и расслабление мышечных групп, медленное и глубокое дыхание, чтобы уменьшить беспокойство и физиологическое возбуждение (см. Bernstein & Borkovec, 1973, Borkovec & Costello, 1993; другие стандартные тексты о методах релаксации).

Решение проблем

Пациент практикует поэтапное определение проблемы, разрабатывает ряд возможных решений, выбирает решение, которое наиболее вероятно приведет к успеху, реализует потенциальное решение и оценивает результат.

Обучение конкретности

Пациент практикует вербальные и образные подходы, чтобы перейти от бесполезного абстрактного стиля мышления к более полезному конкретному стилю (см. главы 2 и 9).

Обучение погруженности

Пациент использует упражнения на образы и визуализацию, чтобы заново пережить опыт погружения в деятельность и увлечённость ею как средство, обеспечивающее противоположный руминации опыт, а также изменить стиль обработки. Помимо того, работа с погруженностью включает в себя определение и наращивание видов деятельности, которые пациент считает поглощающими и увлекательными (см. главу 10).

Обучение состраданию

Пациент использует упражнения на образы и визуализацию, опираясь на прежний опыт, чтобы развить чувство сострадания к себе и другим, с целью испытать опыт, противоположный руминации, и как средство функциональной альтернативы для мотивации и поощрения себя. Работа с состраданием также

предусматривает определение видов деятельности, число которых необходимо увеличить, и тех, чье количество нужно сократить, чтобы проявить заботу о себе (см. главу 11).

Упражнения на визуализацию

В дополнение к упражнениям на визуализацию, используемым для обучения конкретности, в рамках СРКПТ могут использоваться специфические образы и упражнения.

Обучение коммуникации и настойчивости

Пациент учится улучшать навыки общения и настойчивости по отношению к другим людям, практикует эти навыки, обычно фокусируясь на поиске более эффективных способов выражения своего мнения, просьб и отказов. Многим руминаторам трудно сказать «нет», и, как следствие, они чувствуют, что их используют, а их действия воспринимаются как само собой разумеющиеся. А это может привести к истощению и стать источником дальнейшей руминации.

Поведенческие эксперименты

Терапевт и пациент вместе планируют, как пациент будет пробовать разные шаблоны поведения на сеансе терапии и в реальном мире, чтобы выявить более эффективные. Многие из тех, кто руминирует, пытаются проработать трудности в голове и полагаются на логический рациональный анализ в качестве подхода к устранению проблем. Чрезмерная зависимость от размышлений о трудностях питает руминацию и, как правило, не эффективна для решения основных эмоциональных проблем, которые испытывают люди, таких как управление собственными чувствами и хорошие отношения с другими людьми. В таких ситуациях обучение с помощью прямых экспериментов, через опыт, а также методом проб и ошибок может оказаться эффективнее, чем рациональный анализ.

Эмоциональное воздействие

Пациент сталкивается с огорчительным или устрашающим событием (либо в воображении, либо в реальности) — до тех пор, пока он не привыкнет к событию и дискомфорт не снизится. Одним из триггеров для руминации могут стать навязчивые воспоминания или мысли о прежних тревожных событиях, которые

часто остаются неразрешенными и не полностью проработанными или с которыми пациент смирился. Склонность к абстрактному стилю мышления в руминации часто заставляет людей размышлять о значениях и последствиях прежних неприятных событий, но не о деталях того, что на самом деле произошло и как они в действительности себя чувствовали. Абстрактный стиль может отдалить пациента от опыта неприятного события в прошлом и замедлить привыкание к нему. Таким образом, воздействие прежних тревожных событий может быть полезным для сокращения триггеров. Воздействие часто сочетается с повторным переживанием отдельных и конкретных деталей случившегося, способствуя эффективному воздействию и привыканию к нему.

Домашняя работа

Чтобы облегчить самопомощь и закрепить знания, следует подчеркнуть важность домашнего задания. Пациенты должны делать конспекты и составлять планы во время сессий. Терапевты должны четко проговаривать, что они ждут выполнения межсессионных планов и активного ведения записей на сессии, а также призывать пациентов слушать аудиозаписи сессий между сеансами. Некоторые терапевты считают полезным дать пациенту ручку и бумагу, чтобы облегчить ведение записей, и папку, где можно хранить заметки. Я считаю полезным делать аудиозапись каждой сессии и просить пациентов слушать ее до следующей сессии: изначально это были аудиокассеты, с недавних пор — цифровые файлы. Я также рекомендую терапевту прослушивать записи между сессиями, чтобы проанализировать интервенции и сделать их более эффективными. Можно использовать стандартные формы согласия для записи.

Проще и эффективнее планировать домашние задания по мере проведения сессии, а не давать все сразу в конце сессии. Важно попросить пациента кратко пересказать цель и детали домашнего задания, чтобы убедиться в его понимании того, что он делает и чем это будет полезно. При согласовании планов домашних заданий важно, чтобы они были простыми, ясными и конкретными. Уточнение, как, когда, где и с кем план будет приведен в действие, не только повышает вероятность его реализации, но и моделирует более конкретный и специфичный стиль мышления. В идеале планы домашних работ должны включать прогнозирование ожиданий пациента, чтобы разрабатываться в виде поведенческих экспериментов. Стимулирование применения экспериментального подхода к трудностям и проблемам, предполагающего активное тестирование в реальном мире, уменьшит тенденцию решать все в голове, а следовательно, уменьшит руминацию. Более того, проведение экспериментов создает базу данных о случаях, когда прогнозы пациентов не точны. Это будет полезно для стимулирования применения поведенческого

подхода в более поздних сессиях, когда пациенты предвидят плохой исход, если попробовать что-то новое.

СРКПТ и негативное мышление

Чтобы сделать терапию простой для пациента и использовать 12 сессий с максимальной пользой, СРКПТ обычно обходит стороной открытое обсуждение негативных автоматических мыслей, дисфункциональных предположений и глубинных убеждений, типичных для стандартной КПТ. Терапевт строит гипотезы об этих когнитивных структурах и интегрирует их в план лечения и концептуализацию пациента. Но они не являются отдельно выделенной частью протокола лечения; сессии не прерываются для работы над дисфункциональными предположениями. Это не значит, что в рамках СРКПТ запрещается диспутирование убеждений. Я рекомендую делать все, что может содействовать изменению руминации и избегания. Если разговор об убеждениях и рассмотрение их преимуществ окажется полезным в инициировании поведенческих изменений, пожалуйста, используйте этот подход. Иногда бывает полезно кратко рассказать о правилах, которые люди усвоили в отношении их руминации и избегания. Аналогичным образом может быть полезно явно связать изменения в поведении с диспутированием и тестированием этих правил. Таким образом, по усмотрению врача, такие концепции могут обсуждаться, но только в целях снижения руминации и избегания. Тем не менее, по моему опыту, необходимость в этом возникает редко (иногда это контрпродуктивно), а принятие функционально-аналитического подхода к повторным негативным мыслительным процессам может быть эффективным и без явного диспутирования мыслей.

Подобным образом время на диспутирование мыслей и проверку доказательств за или против них специально не выделяется. Скорее, в СРКПТ работа над негативными автоматическими мыслями фокусируется на обучении пациентов обнаруживать их и заменять другим стилем мышления. Тем не менее в клинической практике каждого терапевта бывают случаи, когда прямое диспутирование мыслей облегчает терапию. Таким образом, в целом терапия придерживается направляемого открытия в рассмотрении процесса мышления, а не подхода «изменения мыслей». По моему опыту, у более тяжелых хронических пациентов, особенно при высоких уровнях руминации, есть риск, что обсуждение содержания мысли легко перерастет во внутрисес-сионное руминирование, что обычно контрпродуктивно. По-этому в качестве общего практического правила я рекомендую избегать такого обсуждения там, где оно не учитывает мыслительный процесс.

Главные принципы СРКПТ

СРКПТ фокусируется на повышении эффективности поведения. Целью терапии необязательно является прекращение руминации, скорее она нацелена на изменение повторяющихся мыслей о реальных проблемах таким образом, чтобы эти мысли стали адаптивными и функциональными, тем самым уменьшив депрессию. Мы хотим, чтобы пациенты научились лучше справляться со своими трудностями вместо практики неконструктивных руминаций.

СРКПТ основана на принципах и методах КПТ для депрессии (Beck et al., 1979) с тремя ключевыми адаптациями.

Во-первых, терапия придерживается контекстно-функционально-аналитического подхода, аналогичного ПА (Addis & Martell, 2004; Martell et al., 2001), но более явно сфокусированного на внутреннем поведении, включая руминативное мышление.

Во-вторых, основываясь на исследованиях, описанных в главе 2, особое внимание уделяется переходу от бесполезных стилей обработки к более адаптивным стилям (Watkins, 2008).

В-третьих, гораздо больший акцент делается на лечении депрессогенного мыслительного процесса как привычки и использования технических методов, предназначенных для изменения привычек в рамках лечения (см. главу 2 для справки).

Ряд ключевых принципов составляют ядро СРКПТ. Они основаны на фундаментальной науке, лежащей в основе развития лечения (см. главу 2), и уроках, извлеченных мной и моими коллегами за 15 лет терапии. В этом разделе кратко излагаются сами принципы и их применение в компонентах, описанных выше. Они повторно и уже более развернуто раскрываются во всех разделах лечения.

Принцип 1. Нормализовать опыт пациента в руминации

Важно помочь пациентам рассматривать опыт руминирования как нормальное явление, а не признак слабости, неадекватности или странности. Терапевт открыто говорит, что руминация является частым, распространенным, а иногда и полезным способом реагирования на трудности. Важно понимать, что любой человек руминирует и что это естественный способ реагирования на неразрешенные цели или проблемы. Действительно, представление о руминации реструктуризируется указанием пациенту на важность его

руминативного беспокойства и желания добиться прогресса с его помощью. Идея о том, что руминация обусловлена неразрешенными целями (см. главу 2), — полезная отправная точка для обсуждения с пациентами.

Кроме того, несмотря на признание негативных последствий руминации, многим пациентам трудно даже думать о ее прекращении. Например, женщина, которая руминирует о болезненном разводе, потратила много сил, чтобы попытаться понять, почему это произошло и почему ее бывший партнер обращался с ней таким образом. Просить ее не думать об этом событии нереалистично и, вероятно, будет контрпродуктивно. Полезно подтвердить ее опыт и признать, что долго обдумывать какое-то событие — нормально и что терапия будет искать более эффективный способ делать это.

Аналогичным образом человек, руминация которого включает в себя раздражение, критическую оценку, подчеркивающую недостатки и ошибки в его работе, и который описывает руминацию как «стимулирующую и удерживающую от того, чтобы стать бездельником», будет резистентным к прямым попыткам уменьшить ее. Признание того, что руминация — это нормальное и даже потенциально полезное явление, приводит к улучшению взаимодействия с пациентами и позволяет избежать споров об изменении поведения, имеющего важное для них значение.

Нормализация руминации также помогает уменьшить вторичную отрицательную реакцию на саму руминацию или «руминацию о руминации» (например, «Почему я продолжаю обдумывать свои проблемы?»). Как только пациент и терапевт достигли согласия во мнении относительно преимуществ и недостатков руминации, у них появляется больше возможностей для рассмотрения более полезных альтернативных вариантов. В главе 5, где дано обоснование терапии, приводится показательный пример того, как руминация может быть нормализована.

Принцип 2. Четко определить руминацию в качестве мишени терапии

Я считаю, что важно конкретно говорить о том, что руминация является мишенью терапии. Обсуждая цели и проблемы пациента (см. главу 4 об оценке), я рассматриваю примеры беспокойства и руминации и связываю это поведение с трудностями, которые испытывает пациент. Я подчеркиваю, что одна из целей терапии — снижение бесполезной руминации. Ее детальное обсуждение может пригодиться для вовлечения пациентов в процесс, поскольку многие из них осознают свою склонность заикливаться на проблемах, но не обсуждали это с другими или ранее проходили терапию. Кроме того, многие пациенты считают,

что предыдущее лечение не решило проблему и ее определение в качестве фокуса лечения способно помочь им почувствовать уверенность в действенности подхода и повысить надежду на выздоровление.

В начале терапии важно обратить внимание на то, что, -вероятно, руминация вмешивается в терапию. Пациенты, склонные к руминации, с большой вероятностью будут руминировать о терапии до, во время и после терапевтических сессий, например о том, как к ним относится терапевт («Он думает, что я скучный и глупый?»), или о ходе терапии. До начала сессии руминации ожидания могут усилить тревожность и снизить показатели посещаемости. Во время сессии руминация может препятствовать вовлечению в процесс и обучению новому, так как пациент в состоянии сконцентрироваться только на части того, что обсуждается. После сессии руминация о том, что происходило во время сессии, может привести к бесполезным неправильным толкованиям и помешать планам по выполнению домашней работы. Поэтому на первой сессии вы должны обсудить тот факт, что руминация, вероятно, произойдет во время терапии, и попросить пациента сообщить вам об этом, когда он заметит подобное. При этом следует обратить его внимание на то, что если вы, как терапевт, заметите, что пациент руминирует во время сеанса, вы тоже укажете ему на это. Распознавание и именование руминации в течение сессии дает уникальную возможность для увеличения непосредственного взаимодействия, определения того, что вызывает руминацию, и экспериментирования с альтернативными реакциями.

Поскольку я и мои коллеги ожидаем, что руминация будет происходить в течение терапевтической сессии и мешает концентрироваться и запоминать, мы рекомендуем вести аудио-запись сессий и давать пациенту ее копию для прослушивания каждую неделю. Данный способ имеет ряд преимуществ.

Во-первых, это позволяет пациенту определить моменты в течение сеанса, когда он, возможно, задумался и пропустил то, что обсуждалось. Распознавание руминации помогает в будущих обсуждениях о триггерах и характере руминации и повышает общую осведомленность о ней.

Во-вторых, запись дает пациенту возможность репетировать и освежать в памяти то, что обсуждалось и практиковалось, а также закреплять результаты сессии и улучшать реакцию на терапию. Прослушивание записей помогает пациентам активно размышлять о том, что они узнали, и выделять потенциальные точки разногласий, неправильных толкований и недоработок для разбора на последующих сессиях.

В-третьих, прослушивание записей дает пациентам полезную прямую обратную связь о том, как они справляются со своим состоянием. Многие сообщают, что им было полезно услышать, как они повторяют одно и то же.

В-четвертых, если на сессии практиковалось и было успешно проведено экспериментальное упражнение, то наличие записи позволяет пациенту повторно практиковать записанное упражнение. Пациентам, избегающим эмоций, прослушивание записей служит формой полезной экспозиции.

В-пятых, пациенты могут использовать записи, сделанные во время лечения, чтобы напомнить себе о терапии после ее завершения.

Принцип 3. Поощрение активного, конкретного, эмпирического и специфического поведения — правило АКЭС (ACES)

Центральный принцип СРКПТ заключается в том, что мы поощряем мысли и поведение, которые являются целенаправленными, конкретными, специфическими и непосредственно вовлеченными в опыт (резюмируемый в мнемоническом АКЭС (ACES): активное, конкретное, эмпирическое и специфическое поведение (Active, Concrete, Empirical, Specific)). Люди, которые руминируют, как правило, пассивны, абстрактны и оценочны, сосредоточены на анализе и переосмыслении событий своей жизни, характеризуются чрезмерной генерализацией и глобальным мышлением, при которых провал в одном деле приводит к предположениям об имеющих такие же черты недостатках в других ситуациях. Пациенты также могут быть сфокусированы на ряде проблем без рассмотрения их решений. Когда люди, которые руминируют, говорят о проблемах и трудностях, прослеживается тенденция переходить к абстрактному мышлению, сфокусированному на значениях и последствиях, даже когда их просят описать конкретные детали. Например, вы просите пациента описать произошедшую недавно сложную ситуацию, а он начинает говорить о значении события — не о том, что случилось.

Так легко вступить в долгие дискуссии об истории болезни пациента и его проблемах, пытаясь понять, почему они такие, какие есть, но подобные дискуссии, как правило, непродуктивны и могут стать формой совместного руминирования вслух. Когда такое случается, целая сессия может пройти без существенного прогресса.

При лечении пациентов с повышенной руминацией, например пациентов с хронической или резидуальной депрессией, старайтесь чтобы терапия была более целенаправленной, специфической и конкретной, насколько это возможно.

Терапевту необходимо как прямо, так и косвенно работать над поощрением конкретного, специфического и сфокусированного на решении режима. Это можно сделать напрямую, путем проведения психопросветительской работы по вопросам руминации, действуя через определенные упражнения на конкретность (см. главу 9); попросить пациентов снова описать ситуации более подробно; начинать сессии с повторения задачи быть конкретным (см. главу 9) и давать соответствующие домашние задания. Косвенно терапевт моделирует специфический и конкретный подход и препятствует длительным несфокусированным обсуждениям.

Терапия должна помочь пациентам отказаться от абстрактно-оценочного паттерна, обучая их быть более конкретными, специфичными и опираться на опыт. Терапевт моделирует такое поведение, составляя планы и задавая вопросы, сфокусированные на действиях, конкретные, специфические и относящиеся к непосредственному опыту здесь и сейчас, а не к смыслу.

Принцип АКЭС также используется для управления вопросами терапевта и стратегиями. При наличии выбора между тем, чтобы говорить о чем-то или попробовать что-то в упражнении на образы или поведенческом эксперименте, выберите последнее, поскольку это вынуждает пациента отказаться от стиля мышления, связанного с бесполезной руминацией. Я рекомендую экспериментировать с упражнениями и приобретать новый опыт, а не вовлекаться в дальнейшее обсуждение проблем. Акцент должен быть на том, чтобы пациент *делал* что-то иначе (например, строил планы, выполнял эмпирические упражнения, проводил поведенческие эксперименты в ходе сессии, изучал то, что произошло), а не *говорил о* чем-то. Когда в ходе терапии возникает какое-либо препятствие или проблема, обычно целесообразнее сделать шаг назад и попробовать действие или поэкспериментировать с новым способом его выполнения либо сосредоточиться на деталях конкретного опыта — вместо того чтобы пытаться понять и проанализировать проблему. Анализ и попытки абстрактного понимания — то, что пациент делает все время без особого успеха, поэтому терапевту нужно намеренно попробовать что-то другое.

Аналогичным образом при изучении недавно произошедшего события основное внимание следует уделять конкретным и точным деталям того, как оно происходило, момент за моментом (то есть анализу на микроуровне), а не краткому изложению, носящему общий характер, или рассмотрению его значения. Терапевт хочет точно знать, что произошло, когда, где, как и с кем, вплоть до уровня осуществленного в действительности поведения. Цель — получить достаточно подробную информацию для понимания того, что происходит, чтобы помочь пациенту перестроиться с абстрактного способа описания событий, посмотреть на них в перспективе и улучшить навыки решения

проблем. Возможно, сначала будет сложно достичь такого сдвига во внимании и фокусе, поскольку это идет вразрез с привычным поведением руминирующего пациента, научившегося быть абстрактным и оценочным. Это требует непрерывных усилий со стороны терапевта. Он постепенно приспосабливает и приучает пациента быть более конкретным и специфическим, неоднократно запрашивая более подробную информацию, используя более конкретный и эмпирический язык, а также строя модели того, как быть конкретным и специфическим.

Формулировки и вопросы, используемые терапевтом, играют большую роль в том, насколько конкретным и специфичным будет пациент при описании ситуаций. Расплывчатые и общие вопросы бесполезны («Какие у вас мысли?»), как и вопросы о смыслах и последствиях (например, «Почему?»; «Как вы думаете, почему он это сделал?»; «Как вы думаете, что это значит?»). Продуктивнее задавать вопросы об определенном поведении и последовательности событий («Как это произошло?»). Более точные вопросы относятся к определенному поведению в определенном контексте и в четко заданное время, например: «Что он тогда сказал?»; «Как он это сказал?»; «Что ты сделал сразу после того, как заметил, что злишься?» Такие вопросы фокусируют пациента на деталях ситуации и направляют его к тому, чтобы дать более специфические ответы.

Часто необходимо задавать уточняющие вопросы, чтобы получить более детальную информацию, пока пациент не даст подробный, специфический и конкретный ответ. Вопросы типа «Что именно он сделал?», «Какие были точные слова?» и «Какие физические ощущения вы замечаете, когда сердитесь?» способствуют тому, что пациент становится более специфичным и конкретным.

Используемый язык тоже подсказывает более специфический и конкретный способ мышления и реагирования. Вопрос «Как?» полезнее вопроса «Почему?». Язык, описывающий осуществленное в действительности поведение, полезнее, чем язык, в котором используются расплывчатые, общие, интерпретирующие и имплицитные термины. Например, говоря «Джон пнул мяч», вы даете четкое описание фактического физического поведения и механики действий. Это описание также дает представление о том, что произошло. А утверждение «Джон переместил мяч» менее точное — непонятно, как он двигал мяч. Ведь его можно двигать руками или ногами. Вы можете нарисовать себе несколько образов произошедшего. Вопрос «Что он сделал?» полезнее вопроса: «Как ты думаешь, что он делал?»

Есть несколько полезных практических правил для определения, был ли пациент достаточно специфичным или конкретным и нужно ли вам усерднее работать над стимулированием АКЭС-реакции.

Во-первых, когда пациент описывает ситуацию, вы точно знаете, что и как было сделано, или все еще присутствует какой-то уровень интерпретации? Например, пациент может сообщить, что в течение недели произошла сложная ситуация, когда его оскорбил друг или проигнорировал член семьи. Оба эти описания включают в себя интерпретирующие глаголы, оставляющие неясность, что именно произошло. В такой ситуации терапевт не знает, какое действие друга пациент счел оскорбительным. Друг сказал что-то грубое, совершил унижающее достоинство действие или сделал оскорбительный жест? В этом случае полезно спросить: «Что именно сделал друг?» Терапевт стремится узнать осуществленное поведение, а не полагаться на интерпретацию пациента того, что произошло. Терапевт пытается детализировать описание, которое проясняет, кто и что сделал. Подробное описание произошедшего может позволить терапевту предложить другую интерпретацию и помочь пациенту получить представление о ситуации. Точно так же терапевт хочет отойти от описаний событий и ситуаций, в которых используются прилагательные, заменить их описаниями с использованием глаголов, ориентированных на поведение. Например, если пациент описывает себя как глупого во время сложной ситуации, то полезно спросить о конкретном поведении, которое он посчитал глупым. Фокусирование внимания на поведении, а не на чертах характера дает больше возможностей для обучения и гибкости к изменениям.

Во-вторых, полезно проверить, какой мысленный образ создает описание пациента в вашем собственном сознании как терапевта. Если у вас сложилась отчетливая картина того, что и как произошло, то описание достаточно конкретное, специфическое и эмпирическое.

Принцип 4. Применять функционально-аналитический подход

В рамках СРКПТ руминация концептуализирована как поведение убегания и избегания, усиленное за счет устранения негативного опыта в прошлом или по причине того, что у нее есть предполагаемые или действительно существующие функции (см. главу 2). Поэтому понимание специфических функций и контекстов, в которых происходят руминации каждого пациента, — важная часть лечения. В СРКПТ мы рассматриваем руминацию как набор предсказуемых и понятных действий в контексте и с учетом истории жизни человека. Ключевым элементом формулирования является то, что руминация обычно сохраняется, потому что

она помогает избегать кратковременной боли, хотя и приводит к негативным последствиям в долгосрочном периоде.

Функционально-контекстуальный подход ориентирован на функции, а не на форму, и на процесс, а не на содержание. Одно и то же поведение может иметь разное применение или цели и приводить к разным последствиям в разных ситуациях или в разное время. Например, обращение с жалобой к другому человеку может служить функцией попытки решить проблему в одном случае, но отражать попытку избежать принятия ответственности — в другом. Аналогично два разных типа поведения могут иметь одно и то же применение или функцию. Лежать в постели, ничего не делая, или выполнять работу с напряженным графиком — две разные формы, но обе могут быть способами избежать столкновения со сложной ситуацией. Поэтому фокус терапии делается не на том, как выглядит поведение (форма), а на его применении и последствиях (функции).

Анализ ABC и КПРА призван служить ориентиром для определения функций руминации и условий, в которых она происходит, а также того, что может влиять на ее изменчивость по длительности и применимости.

Такой анализ функции включает в себя вопрос о содержании руминации — ежеминутных мыслях, которые проходят через ум пациента во время эпизода руминации, — чтобы проследить ее последовательность. Мы не можем узнать о мыслительном процессе без обсуждения содержания мысли. Для этого терапевт использует сократовские вопросы, как в стандартной КПТ. Кроме того, содержание руминации дает терапевту информацию о заботах и проблемах, с которыми столкнулся пациент, а также о его стиле мышления (например, «Это абстрактно?», «Это самокритично?»). Тем не менее, в отличие от стандартной КПТ, мы менее заинтересованы в изучении точности и доказательств для каждой отдельной мысли в последовательности, а скорее сосредоточены на составлении карты всей последовательности и помощи пациенту в ее изменении. Вместо того чтобы пытаться бросить вызов одной мысли, мы хотим, чтобы пациент заметил всю мыслительную последовательность и нашел способы отойти от данной модели мышления. Такой подход отражает мой клинический опыт, согласно которому оспаривание отдельных негативных мыслей не всегда эффективно, так как пациенты часто просто переходят к другой негативной автоматической мысли в этой последовательности. В СРКПТ приоритетом является прерывание или *смещение всего цикла мышления*, а не изменение одной мысли.

Полученная информация затем служит руководством для применения конкретных стратегий лечения (см. главы 6 и 7). Таким образом, ФА и самоконтроль помогают пациентам распознавать предупреждающие признаки и

триггеры для руминации. ФА используется с целью выявить и изменить любые непредвиденные обстоятельства, связанные со средой и поведением, которые сохраняют руминацию. Использование этой информации для изменения рутины и среды может уменьшить руминацию. Например, если она возникает первым делом утром, сразу после пробуждения, бывает полезно рассмотреть способы изменения раннего утреннего распорядка, например, встать и быть активным, а не лежать в постели. В целом увеличение структуры и активности, особенно смещение баланса деятельности с рутинной работы и обязанностей в сторону деятельности, которая увлекает и позволяет самореализовываться, снижает руминацию. Стимулирование пациентов замедлить ход событий, фокусироваться только на одном деле за раз и размеренно осуществлять деятельность, не беря на себя слишком много, может помочь, так как это уменьшает суетливость и ощущение напряженности, питающие руминацию.

Эксперименты, основанные на понимании возможных функций поведения, позволяют терапевту и пациенту манипулировать выявленными переменными, чтобы найти для пациента лучшие способы справляться с ситуациями. ФА в СРКПТ проверяет, уменьшают ли запланированные изменения руминацию, симптомы тревоги и депрессии, а также увеличивают ли успешное достижение целей пациента. Если да, это подтверждает гипотезу о формулировке руминации, предлагая терапевту расширить и закрепить эти изменения. Если нет, терапевт должен пересмотреть изменения, уточнить ABC и функциональные формулировки и опробовать другие изменения.

ФА также используется для разработки альтернативных стратегий и планов на случай непредвиденных обстоятельств (более функциональных) для замены руминации. Там, где целесообразно, альтернативная стратегия также выполняет изначальную функцию руминации. Для одной пациентки функция руминации о своих недостатках состояла в том, чтобы не стать ленивой, самодовольной и высокомерной. Это соответствовало ее предупреждающим знакам и триггерам для руминации: усталость, бездействие, раздражительность. Руминация эффективно препятствовала тому, чтобы она стала самодовольной и высокомерной, но за счет того, что она впадала в депрессию, снижалась ее мотивация и подрывалась ее уверенность в себе. Лечение было сфокусировано на том, чтобы помочь ей распознать предупреждающие признаки руминации, а также на разработке альтернативной реакции, которая более конструктивно служит той же функции, в данном случае — использованию образов и упражнений на визуализацию, предназначенных для усиления чувства сострадания: сначала — к другим, затем — к себе. Обучение состраданию составило эффективную и полезную альтернативу руминированию, поскольку оно противоположно лени и высокомерию, но в то же время позитивное и

успокаивающее и позволило получить опыт, противоречащий ее убеждению, что она — плохой человек.

Для другого пациента функция руминации заключалась в уменьшении гневных и агрессивных чувств. Всякий раз, злясь, даже когда это было оправданно, он руминировал о том, почему так остро отреагировал, и обвинял себя в чрезмерной чувствительности, что заменяло гнев депрессивным настроением. Этот пациент очень сильно боялся потерять контроль над своим гневом и стать похожим на своего отца, который был жестоким, агрессивным и грубым человеком. Для него использование релаксации и настойчивости стало эффективной заменой руминации. Руминация часто связана с избеганием нежелательного или испуганного себя, и лечебные интервенции должны устранить эту мощную мотивацию.

Важно помнить, что ФА — метод, применимый к любой проблеме или трудности, возникающей в терапии. Для любого препятствия или преграды, подобных тому, что пациент не выполняет домашнее задание или не находит определенное упражнение полезным, использование ФА может быть целесообразным. Изучение изменчивости желаемого результата (когда поведение эффективно по сравнению с неэффективным) и связанных с ним контекстов часто предлагает потенциальные рычаги воздействия на поведение и результат, с которыми затем можно экспериментировать. По сути, все это является зернами для помола на мельнице для ФА.

Принцип 5. Связать поведение с триггерами и предупреждающими знаками

Как отмечалось выше, важный элемент ФА — определение контекста, в котором происходит руминация, с акцентом на распознавание триггеров и предупреждающих знаков начала руминации. Это особенно важно при попытке уменьшить привычную руминацию, потому что она будет автоматически возникать под воздействием этих сигналов. Как обсуждалось в главе 2, выявление и последующее устранение сигналов привычек является эффективным способом уменьшить нежелательное привычное поведение.

Принцип 6. Подчеркнуть важность повторения и практики

Отражая гипотезу о том, что патологическая руминация часто привычна (см. главу 2), ключевым элементом лечения является контробуславливание альтернативных реакций на сигналы, запускающие руминацию. Оно включает в себя приобретение новых полезных привычек. Это требует частой практики альтернативных реакций на сигналы, обычно запускающие руминацию.

Литература по формированию привычек предполагает, что для того, чтобы новое поведение стало привычным, может потребоваться до 60–100 повторений. Эти данные указывают на то, что уровень повторения и практики, необходимых для замены руминации, бывает намного выше, чем уровень, чаще всего используемый в когнитивно-поведенческой терапии.

Мой опыт в терапии показывает, что «меньше значит больше»: лучше вводить в терапию меньше элементов, но чаще их повторять, чтобы закрепить изменения. По тем же причинам настойчивость терапевта — важный аспект терапии. Изменения возможны, но они требуют времени, усилий и повторения. Терапевт должен быть позитивным и поддерживать пациентов, чтобы они продолжали практиковаться до тех пор, пока не получают пользу.

Принцип 7. Переход к адаптивному стилю мышления

В рамках СРКПТ главное внимание уделяется изменению стиля или образа мышления в целях противодействия руминации. СРКПТ использует упражнения на основе опыта и образов, а также поведенческие эксперименты, предназначенные для облегчения перехода к более полезному стилю мышления. Пациенты используют направленные образы, чтобы отчетливо воссоздать состояния, когда был активен более полезный стиль мышления, такой как воспоминания о том, что они полностью поглощены деятельностью (например, состояние «потока» или «пики» во время творческой деятельности, погружения в чувственный опыт или вовлечения в сфокусированную физическую деятельность, такую как лазание по скалам или катание на лыжах). В качестве альтернативы пациенты могут сосредоточиться на опыте нахождения в состоянии сострадания и поддержки себя или других. Эти психические состояния характеризуются конкретным, сфокусированным на процессе стилем мышления и сокращением оценочного, абстрактного и субъективного мышления. Таким образом, подобные упражнения порождают психические состояния, противоречащие руминации, и по-этому могут использоваться в качестве функциональной альтернативной стратегии в ответ на сигналы, предупреждающие о руминации (см. главы 6 и 7). Эффективное формирование альтернативных стилей обработки включает в себя отчетливое представление всех элементов, вносящих вклад в первоначальный опыт и искомый режим: мысли, чувства, поза, чувственный опыт, телесные ощущения, мироощущение, мотивации, мимика и желания. Пациент вспоминает яркое событие из прошлого или создает образ, который охватывает нужный опыт, а затем терапевт направляет его к более глубокому и детальному опыту с помощью вопросов, фокусирующих внимание и воображение пациента на каждой детали опыта. Пациенту предлагают представить событие в настоящем времени и будто он там

присутствует, как если бы смотрит на происходящее прямо сейчас (см. главы 10 и 11).

Параллельно с этим Пол Гилберт разрабатывает интервенцию по развитию сострадательного разума, когда пациенты используют образы и визуализацию для формирования навыков самоуспокоения и самовосстановления (Gilbert, 2009, 2010; Gilbert & Irons, 2004; Gilbert & Proctor, 2006). Учитывая высокую частоту стыдливых, самокритичных и непереносимых мыслей в руминации, а также положительные результаты для СРКПТ, подход Гилберта, вероятно, тоже будет эффективной интервенцией для руминации.

Принцип 8. Фокус на неспецифические факторы: добродушие, эмпатию, оптимизм, валидацию, настойчивость

Что касается всех методов лечения, в СРКПТ терапевты должны обращать внимание на неспецифические факторы, такие как искренность, добродушие, эмпатия и развитие хорошего терапевтического союза с пациентами. Они особенно ценны при лечении пациентов с сохраняющейся и тяжелой депрессией. Для достижения успеха в терапии важно, чтобы терапевт развивал доброжелательное отношение к трудностям и фрустрации у данной группы пациентов. Тяжелая депрессия затрудняет терапию, поскольку снижает энергию и концентрацию; прогресс может быть медленным. Кроме того, пациенты могут быть отделенными и отстраненными от терапевта или сверхчувствительными, отслеживая любые признаки отсутствия надежды на выздоровление в глазах терапевта или его раздражение. Раньше считалось, что такие пациенты лишены мотивации или имеют расстройства личности, либо даже намеренно мешают терапевту приложить все усилия для оказания помощи. Важно помнить, что они испытывают большой дистресс и во многих случаях прожили несчастные жизни, имели трудный опыт и сталкивались со сложными ситуациями.

В модели СРКПТ способы мышления и поведения, которые пациенты усвоили в прошлом, препятствуют их выздоровлению. Задача терапевта — подходить к своей работе творчески и с эмпатией, помогать пациентам искать способы отказаться от моделей мышления и поведения. Бесполезные способы реагирования, которые обычно используют пациенты, являются привычками, развившимися при стечении ряда обстоятельств в прошлом, а не аспектами их личностей.

Эмпатия подразумевает понимание того, как мир выглядит глазами пациента. Валидация его опыта — важный шаг на пути к тому, чтобы помочь ему чувствовать себя лучше и подготовить к динамичным изменениям. Терапевт

также должен проявлять упорство, продолжать работать и настаивать на изменениях у пациента; создать модель уместного оптимизма, надежды и активных действий. Успешное лечение депрессии требует, чтобы он не погряз в пессимизме своих пациентов и не сдавался перед лицом трудностей и отсутствия улучшения, а упорствовал и придерживался поставленной задачи, находясь в постоянном поиске способов разобраться в проблемах, с которыми сталкиваются пациенты. Чувство вовлеченности и реалистичной уверенности терапевта может стать мощным стимулом для пациента с депрессией.

Подобным образом, при лечении пациентов, страдающих резидуальной депрессией, мы должны уделять пристальное внимание регуляции аффекта. Пациенты с хронической депрессией часто демонстрируют особенно чрезмерные паттерны его регуляции, либо испытывая эмоции, которые, как правило, непреодолимы, либо представляя себя нечувствительными и изолированными, тем самым блокируя эмоции. Чтобы сделать терапию максимально эффективной, мы стремимся активировать эмоции в достаточной степени, чтобы пациенты могли научиться справляться с ними в значительной мере. Хотим, чтобы эмоциональное возбуждение было клинически значимым, но управляемым для пациента. Таким образом, терапевту нужно либо усилить эмоциональный опыт пациента, либо предпринять шаги, чтобы остановить поток эмоций, когда они его переполняют. Обучение стратегиям релаксации и визуализации на ранних стадиях терапии способно помочь направить эмоциональный опыт в любом направлении: релаксация и представление преодоления беспокоящих ситуаций помогают остановить поток эмоций, в то время как мнимая репетиция потенциально эмоциональных событий может вызвать эмоциональный ответ.

Часть II. Сфокусированная на руминации когнитивно-поведенческая терапия депрессии

Глава 4. Первичная оценка

Оценка имеет центральное значение для проведения СРКПТ. Выбор интервенций и их формы во многом зависит от начальных и последующих оценок с акцентом на ФА. Поскольку СРКПТ — относительно непродолжительная лечебная интервенция, формальный период оценки должен быть относительно коротким, при этом информация собирается и оценивается на протяжении всей терапии.

На первых двух сессиях необходимая для оценки информация собирается следующим образом:

Краткое ознакомление с предшествующим опытом пациента, ситуацией и проблемой. Мы хотим узнать главные волнующие пациента вопросы, его цели и проблемы. К ним относятся текущее состояние, основные симптомы, общее описание детства и важные события. Несмотря на то что в силу необходимости данный этап является кратким, следует убедиться, что важная информация не упущена. Более детальная работа будет проводиться во время последующей оценки руминации и избегания.

Краткое описание текущего эпизода депрессии. Оно включает в себя начало эпизода, поддерживающие факторы, а также -основные симптомы и проблемы. В этой части оценки появляется возможность выяснить, где руминация и избегание могут вписаться в контекст трудностей пациента. Позднее, в ходе сессии, это позволит разработать более полное персональное обоснование. Данная оценка включает в себя составление списка проблем совместно с пациентом.

Первичная оценка руминации и связанного с ней избегания, направленная на понимание ее общих свойств и последствий, а также обзор ее триггеров, модераторов и функций. Это первая итерация ФА, которая продолжается весь курс терапии.

Цели первичной оценки включают в себя определение руминации в качестве основной проблемы (например, пациент сообщает о продолжительном непродуктивном сосредоточении на негативных мыслях) и выяснение того, что она имеет негативные последствия. Это создает основу для совместного согласованного определения руминации в качестве мишени терапии и как цели лечения. Главная цель первичной оценки — получение подходящей информации, которую можно использовать для объяснения руминации пациенту на примерах из его собственного опыта.

Остальные цели первых сессий — вовлечение и социализация пациента в модель лечения, а также предоставление терапевту маршрутной карты для терапии. В главах 6, 7 и 8 я детально обсуждаю использование ФА и то, как он облегчает составление плана лечения и выбор интервенций.

Оценка должна помочь терапевту понять проблемы, предшествующий опыт пациента, а также предоставить первоначальный анализ руминации и избегания. В целях оказания помощи с первоначальным анализом терапевт просит пациента заполнить формы самоотчетов в период между скрининговой оценкой и началом терапии.

Краткое ознакомление с предшествующим опытом, ситуацией и проблемой пациента

Оценка кратко исследует развитие проблем и личную историю пациента, в том числе социальные факторы и факторы среды, потенциально способствующие депрессии. Обзор включает в себя краткий опрос о текущей ситуации и окружении пациента. Кроме того, терапевт оценивает начало и развитие депрессии, а также представление пациента о депрессии как болезни и ее лечении. Важно понять контекст, относящийся к проблемам пациента, и начать выстраивать с ним терапевтические отношения.

Вопросы для выяснения проблем пациента: семья, работа, финансы, жилье, здоровье и проблемы с законом):

- Было бы полезно, если бы вы кратко рассказали мне о вашей текущей ситуации. С кем вы живете? С кем регулярно проводите время каждую неделю? Как вы с ними ладите?
- Вы работаете/трудоустроены? В чем заключается ваша работа? Вас устраивает ваша работа?
- Где вы живете? Есть ли там проблемы?
- У вас есть какие-либо финансовые трудности?
- Испытываете ли вы обеспокоенность своим физическим состоянием или проблемы со здоровьем?
- Если таковые есть, какая из сфер жизни способствует возникновению ваших трудностей или помогает вам их преодолеть?

Бывает полезно получить общее представление о предыдущем опыте и детстве пациента. Данная тема может быть сложной как с точки зрения формулировки вопросов, так и с позиции готовности пациента говорить об этом. Полезно предупредить пациента, что вы можете задать несколько пробных вопросов и позволяете ему остановить вас в любое время либо, при желании, отказаться отвечать. Также полезно предоставить пациентам возможность подумать о своем опыте обсуждения детства. Такое обсуждение предшествующего опыта может оказаться полезным для выяснения того, как пациенты могли научиться перенимать определенные дисфункциональные стили преодоления трудностей, такие как руминация и избегание. Определение руминации и избегания как выученного поведения бывает очень полезно, чтобы социализировать пациентов в терапевтический подход. Знание предшествующего и детского опыта помогает терапевту сформулировать потенциальные причины, лежащие в основе развития руминации у пациента.

Типичные вопросы следующие:

- Где вы родились и воспитывались?
- Сколько у вас братьев и сестер?
- Как бы вы описали свое детство?
- Чем зарабатывали/зарабатывают на жизнь ваши родители?
- Как вы можете охарактеризовать вашу мать/отца? Вы с ними ладите?
- Каким ценностям ваши родители придавали особое значение в вашем детстве?
- Вы страдали от серьезных заболеваний в детстве?
- Какой у вас был опыт обучения в школе?
- Был ли у вас нежелательный сексуальный опыт в детстве или во взрослой жизни?
- Когда вы начали беспокоиться или руминировать о чем-либо? Что происходило в то время?
- Могли ли вы научиться беспокойству от кого-нибудь из членов вашей семьи?

Затем терапевт пытается получить краткий обзор того, каким пациент себя представляет. Вот несколько полезных вопросов:

- Как бы вы описали себя как личность?
- Как бы вы сравнивали себя с другими людьми?
- Какие черты своей личности вы любите/не любите?
- В чем вы видите свои сильные/слабые стороны?

Обзор истории депрессии пациента и текущего или самого последнего эпизода

Важно иметь представление о депрессии пациента, изучив ее текущий эпизод и историю. Затем терапевт вместе с пациентом определяет список проблем. Необходимо убедиться, что проблемы, связанные с руминацией и избеганием, включены в список проблем. Их наличие выясняется естественным образом — в результате обсуждения симптомов пациента, поскольку многие из них связаны прежде всего с руминацией (например, прокрастинация, бессонница, плохое настроение, усталость, тревожность, раздражительность). Проблемы, включенные в список, должны быть рассмотрены и определены как можно четче. Их максимально конкретное и точное описание (1) облегчает оценку прогресса в разрешении проблем, (2) делает проблемы более управляемыми и (3) служит конкретной и точной демонстрацией для пациента.

Важные вопросы при рассмотрении истории депрессии:

- Сколько вам было лет, когда вы впервые испытали депрессивные симптомы?
- Что происходило в вашей жизни в то время?
- Как болезнь тогда повлияла на вас?
- Как долго длятся ваши эпизоды депрессии?
- Когда начался самый последний эпизод? Что происходило в то время?
- Как с течением времени развивалась депрессия?
- Какие основные трудности возникли из-за депрессии?
- Что изменилось в вашей жизни с тех пор, как началась депрессия?

- Что усугубило/облегчило депрессию?
- Что вы считаете полезным/бесполезным в попытках избавиться от депрессии?
- Почему, по вашему мнению, вы впадаете в депрессию?
- Какие текущие проблемы вам больше всего хотелось бы разрешить?
- Можете ли вы более подробно описать ситуации, в которых возникают эти проблемы?

На протяжении всего руководства я буду обращаться к примерам из практики, чтобы продемонстрировать терапию, привести примеры диалога «пациент — терапевт» и проиллюстрировать рассуждения, лежащие в основе решений терапевта.

Далее мы представим несколько случаев в виде резюме ответов пациентов на эти первичные вопросы о предшествующем опыте, проблемах, целях и депрессии. Примеры основаны на сочетаниях и составных материалах ряда реальных пациентов, участвовавших в исследованиях лечения. При этом детали, которые могли бы привести к идентификации человека, изменены, а устный материал перефразирован. Надеюсь, они дадут представление об общих элементах, а также о гетерогенности презентаций для пациентов, борющихся с руминацией.

Пример: случай Рут

Рут — 40-летняя женщина с большим депрессивным расстройством и тревожностью, включая симптомы агорафобии и социо-фобии с обеспокоенностью тем, что будет осуждена другими. Она описала себя как перфекционистку, а свою мать охарактеризовала как критичную и не оказывающую поддержки. У Рут двое детей, обе девочки, и она разошлась с их отцом. Целями ее терапии было повысить уверенность в себе; развить навык не впадать в крайности, реагируя на события; стать менее самокритичной и спланировать, куда двигаться дальше в жизни. Она работает в местной благотворительной организации на протяжении нескольких лет.

Пример: случай Дженни

Дженни — 21-летняя женщина с депрессией и тревогой. Она сообщила о повторяющемся большом депрессивном расстройстве, первый эпизод которого произошел, когда ей было 13 лет. Она также соответствовала критериям ГТР, характеризующимся склонностью к беспокойству большинство дней за последние 6 месяцев.

Многолетний брак ее родителей распался несколько лет назад. С тех пор у Дженни было мало контактов с матерью, и она продолжает злиться на нее из-за того, как та обращалась с отцом. Дженни грустила из-за отсутствия веры в нее у родителей. Она работала на административной должности в офисе. В анамнезе ее семьи, включая родителей, бабушек и дедушек, неоднократно наблюдалась депрессия.

При первичной оценке она рассказала о желании двигаться дальше, ощущении себя застрявшей в прошлом с подросткового возраста, постоянных размышлениях о вещах, которые происходили, когда ей было 12 лет. Сообщила, что может легко заикливаться на событиях прошлого, которые не в состоянии изменить. Она также хотела научиться лучше управлять своими мыслями. Рассказала, что подвергалась издевательствам в школе, когда ей было 12 или 13 лет, — физически и вербально: к ней приставала банда девушек, она их боялась и избегала посещать школу, пряталась в ванных комнатах. Дженни чувствовала, что у нее нет реальной поддержки дома, и это было трудно. Она не ладила со старшей сестрой.

Пример: случай Паулы

Паула — женщина 60 лет, которая испытывает постоянное чувство горя и утраты после смерти мужа два года назад. Она описала ощущение одиночества и боязнь остаться одинокой старушкой. Сообщила, что у нее были очень близкие отношения с мужем и что большинство ее друзей — его друзья. Она также рассказала о низкой самооценке, которая появилась у нее много лет назад. Оставшись одна, она беспокоилась, что совершает неправильные поступки. Ее главный страх — что она не сумеет справиться с жизнью. Что касается целей, Паула хотела бы иметь хорошее самочувствие и перестать винить себя в утрате.

Анамнез соответствовал критериям большого депрессивного расстройства и социофобии (в особенности страха принимать пищу на глазах у других людей и страха сделать что-то неправильно на работе). Она также соответствовала критериям ГТР, характеризующимся неконтролируемым беспокойством большинство дней по сравнению с количеством дней, когда не беспокоилась.

Оба родителя Паулы умерли, отец — когда она была ребенком. Свою мать Паула описывала как очень строгую, властную, вспыльчивую и придирчивую, вызывающую у нее неприязнь как в детстве, так и во взрослом возрасте. Пауле не нравилось учиться в школе, где, как она считала, учителя и сверстники издеваются над ней. Она полагала, что с ней что-то не в порядке и это вызывает раздражение у других людей.

Паула прожила с мужем почти 40 лет. По большей части она была обеспокоена утратой, чувством вины за кончину мужа и изолированностью, низкой самооценкой, попытками наладить социальную жизнь и продажей собственности для переезда в новый дом. Она часто ощущала собственную бесполезность и чувствовала себя неудачницей; хотела бы расширить круг общения.

Пример: случай Джона

Джон, 53-летний мужчина, сообщил о нескольких проблемах. Он охарактеризовал себя как тихого, интроспективного человека с неуверенностью в себе и отсутствием чувства собственной значимости. Сказал, что ему трудно наслаждаться жизнью и нечего сказать другим — он предпочитает отмалчиваться в социальных ситуациях.

У Джона напряженные отношения с сыном-подростком: его часто расстраивало поведение мальчика, что приводило к ссорам. Он всегда был самокритичен и разочаровывался в себе из-за отсутствия достижений. Сказал, что раньше достаточно хорошо справлялся с депрессией, но после попытки самоубийства в прошлом году признал, что ему нужна помощь, чтобы разобраться в себе.

В его анамнезе присутствовали повторяющиеся эпизоды большого депрессивного расстройства. Кроме того, около 10 лет назад наблюдалась алкогольная зависимость, длившаяся 5 лет. Он также описал социофобию, характеризующуюся страхом быть опороченным в социальных ситуациях. Назвал себя застенчивым и молчаливым, особенно при встречах с новыми людьми.

Своего отца Джон описал как самоуверенного, трудного и властного человека. Они были очень близки в годы его молодости, затем отношения стали напряженными, так как Джон стремился к большей независимости, будучи подростком и став взрослым. Его самым сильным страхом было стать таким, как отец. Джон сообщил, что всегда думал, будто проблема в отце, но теперь

признает, что мать тоже сыграла роль в его поведении. Ее он описал как робкую, застенчивую и всегда беспокоящуюся.

Когда Джон был ребенком, семья много раз переезжала, поскольку отец менял работу. Он полагал, что переезды вызывали у него тревогу и затрудняли попытки завести друзей. Джон женат 25 лет, с женой у них хорошие и любящие отношения. Ее он описал как внимательную и спокойную. Считал, что она не занимается проблемами, с которыми ему пришлось столкнуться, и хотел знать ее мнение, чтобы они могли вместе все уладить. Последние 25 лет Джон работает почтальоном.

Первичная оценка руминации и связанного с ней избегания

Цели первичной оценки руминации направлена на то, чтобы:

1. Начать понимать опыт руминации пациента и тем самым сориентировать его на то, что может быть релевантно.
2. Определить antecedенты и последствия руминации и начать рассматривать возможную формулировку случая. Формулировка случая в СРКПТ основана на понимании antecedентов и последствий руминации, выявлении ее возможных модераторов и предположении о возможных функциях. Данная формулировка затем служит источником информации о потенциальных интервенциях для пациента и последующих шагах в терапии (см. главу 7).
3. Информировать о социализации и вовлеченности пациента терапевтом.

Сначала вопросы фокусируются на опыте руминации в общем (например, «Когда вы склонны к руминации?»; «Когда она лучше?»; «Когда она хуже?»). Затем терапевт более подробно исследует один или два конкретных эпизода руминации, которые произошли за последние неделю-две, чтобы получить представление о ее последовательности и содержании для этого человека. Данная информация определяет начальную формулировку руминации пациента, которая, в свою очередь, определяет выбор и реализацию подходов к лечению.

Полезные вводные вопросы, помогающие получить общее представление о руминации пациента:

- Как часто вы ловите себя на том, что руминируете или за-цикливаетесь на своих проблемах и трудностях?
- О чем вы склонны руминировать?

- Как долго длится руминирование?
- Когда вы замечаете, что беспокоитесь и руминируете больше всего?
- Когда вам становится хуже?
- Каковы последствия ваших руминаций?
- Как это влияет на вас?
- Когда руминация имеет тенденцию к улучшению?
- Когда она имеет тенденцию к ухудшению?
- Что вы замечаете в своих чувствах, которые могут быть предупреждающими знаками для вашего беспокойства?
- Есть ли ситуации, периоды времени или места, где это происходит чаще?
- Как долго вы руминируете?
- Вы можете припомнить, когда началась руминация? Назвать конкретную дату?
- Что обычно останавливает вашу руминацию? Когда она прекращается?
- Есть ли кто-то, у кого вы могли бы научиться этому в детстве?

Важно работать в рамках феноменологии и лексики пациента. По всему тексту я использую слово *руминация* как простейший общий ярлык для повторяющегося негативного мышления. Тем не менее каждый пациент будет иметь собственный термин или ярлык, чтобы описать это негативное мышление, будь то за-цикливание, погружение в раздумья, руминирование, беспокойство, «пережевывание» или обдумывание. Я рекомендую использовать термин, который приемлем и имеет смысл для каждого отдельного человека при обсуждении руминации.

Полезно получить представление, о чем пациент руминирует. Часто это сопряжено с особыми проблемами и трудностями в его жизни. Ситуационные факторы или факторы, которые могут влиять на депрессию, включают в себя отношения, проблемы на работе и дома, жизненные события (увольнение, безработица, тяжелая утрата, развод, тюремное заключение, прочие потери, травмы) и болезнь.

На начальных сессиях терапевт также узнает о других жизненных событиях общего характера, которые часто встречаются при руминации:

- Есть ли в вашей жизни события, которые имеют отношение к тому, что вы чувствуете?
- Есть ли воспоминания, которые постоянно возвращаются к вам даже сейчас, хотя событие было давно?
- Есть ли события, которые вызывают у вас сильную грусть, тревогу, вину, сожаление, стыд?

Пример общей ориентации на руминацию: Дженни

Терапевт: Как часто вы ловите себя на том, что руминируете или заикливайтесь на своих проблемах и трудностях?

Дженни: Я всегда найду, о чем беспокоиться. Кажется, я делаю это почти все время. Это изводит меня.

Терапевт: Похоже, беспокойство — большая проблема для вас, и это именно то, что нужно рассмотреть. О чем вы склонны беспокоиться?

Дженни: Я всегда жду худшего. Когда что-то происходит, беспокоюсь, что все пойдет не так.

Терапевт: Должно быть, это очень тяжело. Какое влияние оказывает на вас беспокойство?

Дженни: Оно заставляет меня испытывать сильный стресс. У меня резкие перепады настроения — от очень счастливого до очень грустного или раздражительного. Мое настроение быстро меняется в ответ на то, что происходит вокруг. Я по-стоянно чувствую, что слишком остро реагирую на происходящее, и у меня никогда нет возможности чувствовать себя более расслабленной. Тогда я часто становлюсь словесно агрессивной по отношению к людям, которых люблю, что заставляет меня чувствовать вину.

Терапевт: Хорошо. Из того, что вы говорите, создается -впечатление, будто беспокойство имеет тенденцию усугуб-лять грусть и гнев и мешает вам оставаться на плаву. Правильно?

Дженни: Да.

Терапевт: Как долго вы беспокоитесь подобным образом?

Дженни: Я всегда была беспокойным человеком.

Терапевт: Вы можете вспомнить, когда это началось?

Дженни: Мне, наверное, было 12 или 13 лет, когда надо мной издевались в школе.

Терапевт: Беспокойство началось примерно в то же время, что и издевательства?

Дженни: Да, я беспокоилась о том, что будет, когда пойду в школу, и я начала ее избегать. Хуже всего то, что у меня не было реальной поддержки дома. Мои родители не поверили, когда я сказала им, что беспокоюсь о возвращении в школу в понедельник.

Терапевт: Есть что-нибудь еще, что могло бы способствовать вашему беспокойству, например научение беспокойству от кого-то другого?

Дженни: Моя мама всегда сильно волновалась. Не улучшило ситуацию и то, что мой отец всегда сравнивал меня с моей старшей сестрой в негативном ключе. Это подкосило мою доверчивость и заставило беспокоиться о том, как я выгляжу. Никто не говорил обо мне ничего положительного, поэтому я начала в это верить.

Терапевт: Когда вы замечаете, что беспокоитесь и руминируете больше всего? Когда чувствуете себя хуже?

Дженни: Мне становится хуже, когда я сравниваю себя с другими и размышляю о том, как они воспринимают меня. Я смешная? Я скучная? Я странная? Я часто думаю о себе в худшую сторону и делаю сравнения, которые все объясняют.

Терапевт: Что вы замечаете в ваших эмоциональных или физических ощущениях, которые могут быть предупреждающими знаками беспокойства?

Дженни: Я чувствую себя напряженной, и у меня словно узел в животе. Возникают боли в животе и головные боли.

Взгляд терапевта

В первичной оценке терапевт ищет подсказки относительно триггеров и функций руминации, чтобы получить больше информации для формулировки случая и того, что он может делать дальше. Терапевт пытается найти точки соприкосновения, способные послужить причиной идиосинкразического обоснования лечения.

Основной принцип лечения заключается в том, что терапевт ищет точки, где есть рычаги для изменений, — точки, где оценка указывает на то, что руминация может меняться при разных обстоятельствах, чтобы затем использовать их максимально полно в экспериментах на сессиях, планах на случай непредвиденных обстоятельств и домашних заданиях. Затем терапевт выбирает одну из интервенций (описаны в главе 4 и более подробно рассмотрены в последующих главах) на основе того, что узнал.

Посмотрим, как эти идеи применимы к Дженни. Формулировка для нее основана на понимании предшествующих событий и последствий поведения, выбранного в качестве мишени руминации. Какие аспекты среды или действий Дженни увеличивают или уменьшают ее? Каковы возможные функции для руминации? Эта формулировка затем предлагает потенциальные интервенции для нее и следующие шаги в терапии.

Формулировка и соответствующий ей рабочий план являются непрерывным итеративным процессом, который лучше всего рассматривать как гипотезу для проверки. Прогнозы и интервенции возникают из гипотез, которые проверяются и уточняются по мере продвижения терапии. Планы лечения содержат экспериментальный план для оценки и уточнения гипотез.

Для Дженни первичное краткое интервью устанавливает факт того, что руминация для нее — серьезная проблема, которую она признает. Терапевт может включить это в обоснование терапии для нее. Он также указывает на потенциальные причины развития бесполезной руминации из-за комбинации издевательств в школе и отсутствия поддержки и критики дома. Далее терапевт может объяснить, что есть смысл в том, что она приобрела привычку руминировать из-за ранних переживаний, когда была веская причина предвидеть вероятный ход событий, чтобы избежать издевательств или критики. Кроме того,

он мог объяснить, что вследствие повторения это стало привычкой, которая сохраняется до сих пор.

Узел напряжения в животе может быть хорошим ранним предупреждающим знаком для соединения с альтернативным поведением. Терапевт призывает Дженни обратить внимание на этот знак и заметить, что происходит, когда она начинает напрягаться.

Содержание руминации (негативные сравнения себя, мышление о худшем) и контекст, в котором она происходит (социальная оценка), предполагают гипотезу о том, что руминация может служить функциям упреждения и подготовки к предотвращению нежелательных результатов и, в частности, избеганию негативных оценок и реакций других людей. Дальнейшие оценки, сфокусированные на конкретных примерах, должны искать доказательства, согласующиеся и несовместимые с данной формулировкой, для ее дальнейшего уточнения.

Эта гипотеза предлагает потенциальные техники и подходы, которые могут принести пользу Дженни, такие как улучшение навыков разрешения проблем, самосострадание и целенаправленное поведение.

Пример общей ориентации на руминацию: Паула

Терапевт: Вы сказали, что ловили себя на обдумывании прошлого и своих проблем. Насколько это серьезная проблема для вас?

Паула: В последнее время это стало серьезной проблемой. Я всегда застревала на чем-то, но в последнюю неделю стало намного хуже.

Терапевт: Когда это началось?

Паула: Я всегда была беспокойным человеком и часто скрываюсь, удаляюсь от других.

Терапевт: Какие мысли крутятся у вас в голове?

Паула: Мне трудно быть открытой с людьми. Я часто задумываюсь о том, будут ли меня критиковать или отвергать окружающие. Провожу много времени, беспокоясь об их реакции. Когда я дома одна, беспокоюсь о том, что произойдет, когда пойду к людям. Выходя из дома, я хочу вернуться в

безопасное место. Присутствует страх, что меня отвергнут или не примут. А вернувшись домой после встречи, буду снова и снова воспроизводить в голове то, что происходило. Я чувствую, что меня наказывают за то, что я поступаю неправильно, за раздражение и за потерю самообладания. Если что-то пойдет не так, я думаю: «Что я такого сделала, чтобы заслужить это?»; «Почему я такая никчемная?»; «Почему это не получается?». Чувствую себя так, будто в некотором роде являюсь тому причиной.

Терапевт: Какой результат того, что вы постоянно обдумываете эти мысли, снова и снова задавая себе вопросы вроде «Почему я такая никчемная?» или «Почему это не получается?»

Паула: Я становлюсь совершенно подавленной, чувствую себя опустошенной и никчемной. Если я делаю что-то неправильно, начинаю чувствовать, что ни на что не гожусь. Все полностью выходит из-под контроля, ухудшая ситуацию. Я знаю, что должна что-то предпринять, и даже лучше — что-то сделать, чем думать, но мне это очень трудно дается. В итоге снижаются моя уверенность и энергия.

Терапевт: Вы замечали что-нибудь, часто возникающее непосредственно перед тем, как вы начинаете руминировать?

Паула: Негативные мысли — неуверенность в других людях, неуверенность на их счет. Я не всегда верю тому, что они говорят. Спрашиваю себя: «Ты уверена?», говорю: «Прошу прощения за неудобства» и проверяю: «Это не доставит неудобств». Это часто заставляет меня чувствовать себя неуверенной в том, что произойдет и действительно ли люди хотят помочь. Почему я всегда думаю о худшем?

Терапевт: Когда это происходит чаще или реже?

Паула: Я с легкостью погружаюсь в это, когда у меня плохое настроение. Это чаще происходит дома, чем на работе.

Терапевт: Когда вам становится лучше?

Паула: Я чувствую себя лучше, когда занята, сконцентрирована на чем-либо.

Терапевт: Что, как правило, останавливает вашу руминацию? Когда она прекращается?

Паула: Иногда она заканчивается сама по себе, или что-то интересное может отвлечь меня от нее. Например, документальный фильм по телевизору.

Терапевт: Вы можете вспомнить, когда это началось в детстве?

Паула: Моя мама всегда говорила мне, что я никчемная, ничего не могу сделать правильно. Она обвиняла меня и всегда считала, что я неспособная и не так хороша, как кто-либо другой. А после смерти отца я хотела быть такой же, как все. Помню, когда была моложе, я беспокоилась о том, что ни во что не вписываюсь, поэтому проводила много времени, беспокоясь о том, что я ни на что не годна. Это крутилось в моей голове.

Взгляд терапевта

Первичное краткое интервью Паулы показывает, что руминация для нее — серьезная проблема, которую она признает. Поэтому терапевт может обсудить это как ключевую и потенциально полезную мишень для лечения. Это же указывает на возможные причины развития бесполезной руминации из-за давней критики в детстве. Терапевт может объяснить, что нет ничего удивительного в том, что Паула научилась руминировать в данном контексте.

Ответы Паулы предполагают, что функция руминации, возможно, заключается в попытке помочь ей вписаться в социум с помощью проработки и понимания происходящего, особенно с другими людьми во время, до и после социальных взаимодействий. Если говорить точнее, складывается впечатление, что Паула может использовать руминацию как средство снижения неопределенности и обретения контроля через понимание. Дальнейшие оценки, сфокусированные на конкретных примерах, потребуют доказательств, совместимых или не совместимых с этой формулировкой, для ее дальнейшего уточнения.

Похоже, ключевым триггером для руминирования в данном случае могут быть сомнения относительно других людей, за которыми следуют попытки обрести уверенность. Это говорит о том, что потенциально полезным поведенческим экспериментом для Паулы может стать альтернативная, более настойчивая реакция в таких ситуациях.

Терапевту также полезно мысленно отметить и записать большое количество вопросов «почему», которые задает себе Паула. Они указывают на абстрактное, аналитическое мышление, характерное для ее руминации. Это говорит о том, что потенциальная интервенция может заключаться в том, чтобы переключить ее на более конкретное мышление, например основываясь на эксперименте «Почему — как» (см. главу 9). Возможно, будет полезно обратить внимание Паулы на то, сколько вопросов «почему» она задает себе, перечислив весь список, и рассмотреть альтернативные варианты, которые она могла бы попробовать. Это говорит о ценности попытки практического эксперимента в ходе сессии с целью понимания того, помогает ли Пауле конкретность. Если она помогает, то стоит использовать данную технику в качестве текущего плана для реакции на сомнения.

Стоит также отметить, что ответы Паулы говорят о том, что руминация может прекратиться, когда она будет поглощена другими видами деятельности. Это указывает на потенциальный рычаг для изменения, который можно стимулировать, например, посредством планирования поглощающей деятельности и упражнений на поглощение с использованием умственных образов. Такая реакция побуждает терапевта искать другие примеры изменений по мере продвижения терапии. Примеры поглощающей деятельности, о которой Паула сообщает и которая является практически удобной, могли бы рассматриваться как возможная интервенция.

Из этого примера видно, что краткий набор вопросов может выделить ряд возможностей для дальнейшего изучения и рассмотрения по мере того, как продолжается терапия. Эти возможности стоит иметь в виду, когда вы переходите к обсуждению конкретных примеров руминации, так как они могут направлять ваши вопросы и, если это подтвердится в дальнейшем опросе, использоваться на первых этапах планирования лечения.

Пример общей ориентации на руминацию: Джон

Терапевт: Есть ли что-то конкретное, что вы постоянно обдумываете в последнее время?

Джон: Я помню эпизод на работе, около месяца назад, когда я вступил в спор с парнем, который часто унижает меня. Просто была плохая обстановка, и он что-то сказал. Я не реагировал какое-то время, хотя переживал из-за этого и чувствовал, что завожусь. Даже несмотря на то что я заставлял себя пропустить это мимо ушей, все всплыло, и я набросился на него. После этого

я продолжал думать о случившемся, жалея о том, что наговорил тогда. Я многократно обдумывал ту ситуацию в течение многих дней с тех пор, как все произошло.

Терапевт: Какие мысли приходили вам в голову с тех пор?

Джон: Думаю, я не популярен и никому не нравлюсь. Я не хочу ходить на работу и еще: «Зачем я это делаю?»; «Почему чувствую себя так плохо?»

Терапевт: Какое влияние оказывают на вас такие мысли?

Джон: Я чувствую себя более изолированным. Это заводит меня, становится все хуже. В итоге я взял недельный больничный на работе. Это расстраивает. Я становлюсь спокойнее и отстраняюсь, чтобы никто больше об этом не беспокоился, — мне хотелось бы быть более востребованным человеком. Я не считаю себя привлекательным. Хотя должен быть таким.

Не думаю, что у меня много друзей. Я хотел бы сказать что-то более интересное, а мне нечего сказать. Я спокойный. Интересно, почему это настолько сложно? Такие мысли крутятся и крутятся в моей голове. Становится хуже. Это угнетает, не помогает, и я оказываюсь в ситуации, не позволяющей думать, что мне под силу с ней справиться.

Терапевт: Похоже, тенденция к погружению в свои мысли, которые крутятся и крутятся в голове, довольно сильна. Более того, она имеет негативный эффект, угнетает вас и заставляет отвлекаться в рабочее время. Правильно?

Джон: Да, она завладела моей жизнью.

Терапевт: Хорошо. Как я понимаю, это имеет большое влияние на вас и определенно стоит того, чтобы мы вместе занялись этим. Когда возникла тенденция к тому, чтобы мысли крутились и крутились в голове?

Джон: Я делаю это как минимум с подросткового возраста.

Терапевт: Когда подобные мысли обычно становятся хуже?

Джон: Всякий раз, когда возникает страх перед тем, что же надо сделать, страх принять неправильное решение, стать изгоем. Как правило, это

происходит в любой спокойный момент. Я пытаюсь понять, что случится, когда я буду с другими людьми, как стану с ними ладить. Я никогда не чувствовал, что был особенно популярен или был любимчиком. Когда я хожу куда-нибудь, то чувствую себя запчастью — мои мысли подтверждают, что меня собираются отвергнуть. Появляется ощущение, что все может пойти совсем не так, что я — спокойный человек и не высказываю своего мнения. У меня есть отчетливое ощущение, что другие люди не захотят со мной разговаривать, а захотят, чтобы я держался в стороне и ни с кем не общался.

Терапевт: Это часто случается в ситуациях, когда вы встречаетесь с другими людьми или отправляетесь в новые места?

Джон: Да, постоянно. Это начинается прежде, чем я могу что-либо сделать.

Терапевт: Звучит так, будто беспокойство и руминация стали привычкой, требующей делать все правильно, вызывающей сомнения в других людях и размышления о том, что проще не говорить о чем-то, пытаюсь продумать, чем это может обернуться.

Джон: Да, правильно.

Терапевт: Есть кто-то, у кого вы могли научиться этому в детстве?

Джон: Мой отец был не очень привлекательным, он был самоуверенным и недовольным жизнью; в его глазах ничто не являлось правильным. Такой пессимист. Для него все было черным и не стоило того, чтобы этим заниматься. Я не хочу походить на отца. Часто руминирую о своем прошлом. Почему я это делаю? Почему я так думаю? Почему я обвиняю других? Почему я не могу найти то, что сделает меня счастливым человеком? Почему мне так тяжело? Почему я делаю из всего такую проблему?

Терапевт: Бывают ли моменты, когда вы думаете, что можете преодолеть это?

Джон: С делами на практике все просто. Я могу с ними справиться. Гораздо труднее решать проблемы с людьми, работать над преодолением проблем с ними. Если я занят какой-то деятельностью, это избавляет меня от проблемы.

Взгляд терапевта

Первичное краткое интервью Джона показывает, что руминация для него — серьезная проблема. Поэтому терапевт может обговорить, что она будет приоритетом лечения. Интервью также указывает на потенциальную причину развития вредной руминации из-за пережитого от отца и попыток не быть похожим на него. Попытка избежать нежелательного «Я» — часто встречающаяся мотивация к руминации; в этом случае она отражает обеспокоенность по поводу того, чтобы не стать негативным, самоуверенным человеком. Все вопросы, которые Джон задает себе о прошлом и о том, как он встречается с другими людьми, могли бы служить функции избегания — желания не стать таким самоуверенным человеком. В то же время они отражают некоторые негативные черты, которые, вероятно, он перенял от отца. Дальнейшие оценки, ориентированные на конкретные примеры, должны искать доказательства, совместимые и не совместимые с этой формулировкой, для ее дальнейшего уточнения.

Ответы Джона соответствуют тому, что руминация является для него привычкой. Терапевту стоит напрямую проверить это с ним. Похоже, ключевые триггеры для его руминации — пребывание в одиночестве или необходимость выразить свое мнение. Это указывает на факторы среды, которые могут влиять на руминацию.

Кроме того, полезно отметить и записать большое количество вопросов «почему», которые задает себе Джон. Это говорит о том, что конкретное мышление может быть для него потенциальной интервенцией. Стоит также отметить, что его руминация имеет тенденцию прекращаться, когда он занимается практическими проблемами. Тогда он хорошо справляется с выработкой решений. Это указывает на возможный полезный контрапункт для периодов, когда он застревает в мыслях, который можно использовать для внесения вариативности в предстоящем ФА. Терапевт может исследовать, что делает Джон, решая практическую проблему, и как это отличается от его мышления и реакции на проблему с участием других людей. Данное сравнение может помочь Джону узнать способы реакции, основанные на его собственном устоявшемся репертуаре. Другими словами, терапевт активно ищет моменты, когда пациент хорошо справляется, потому что они дают рычаги воздействия для введения в лечение позитивного опыта.

Изучение конкретного эпизода руминации

Получив представление о том, как обычно происходит руминация у пациента, полезно обсудить по крайней мере один конкретный пример недавнего эпизода руминации.

Самопроверка: продумывание формулировки для Рут

Вот резюме информации, предоставленной Рут в ответ на ориентирующие вопросы.

Рут признала руминацию невольной привычкой, к которой она часто прибегала, и назвала нередко возникающие вопросы, такие как «Почему я не закончила это?» и «Почему я не сделала больше в своей жизни?», что приводило к ощущению провала. Она описала, как очень быстро расстраивается. Может чувствовать себя крайне вялой, и это служит триггером. Иногда, когда она слушает новости, ее мысли могут начать ускоряться и усиливаться, достигая высоких оборотов.

Рут сообщила, что руминация менялась по частоте возникновения. Она вообще не делает этого, если чувствует себя хорошо. Например, когда занимается на курсах живописи и получает удовольствие, поглощена этим, как правило, не руминирует.

В качестве общих предупреждающих знаков она определила: напоминания о своем детстве; когда ей говорят, что она что-то не завершила (например, когда она думает, что не завершила учебу, и не уверена в том, что хочет делать в дальнейшем, думает: «Почему я не продолжила?»; «Если бы только я продолжила»). Когда все спокойно на работе и мало что происходит в жизни, как правило, становится хуже. Когда дети уже в постели и Рут остается одна, она начинает думать: «Что я собираюсь делать целый день?»; «Что я сделала?»; «Чего я достигла?» Руминация продолжается последовательностью вопросов: «Почему я этого не сделала?»; «Почему я слишком напугана?»; «Что мешает мне делать что-либо?» Кроме того, у нее есть опасения, что депрессия влияет на детей, и неизвестно, каким образом она может повлиять на них, а также мысли вроде «Что обо мне подумают другие?»

Когда Рут спросили о последствиях руминации, она поняла, что, как правило, та отнимает у нее энергию и время; заставляет чувствовать себя неудачливой, раздражительной, подавленной и никчемной, снижая мотивацию.

Она рассказывает, что руминировала время от времени, когда была подростком и описывает, что во время переездов в более молодом возрасте не могла приспособиться к новому месту и начинала задавать себе вопросы, такие как «Почему мне это трудно?»; «Почему я не счастлива?».

Используйте данную информацию, чтобы создать первичную формулировку для Рут, принимая во внимание, что ваша цель — определить antecedents и следствия руминации, а также потенциальные модераторы и предположить возможные функции для руминации.

Полезные вопросы для размышления:

- Что происходит перед руминацией?
- Указывает ли это на возможные изменения в среде или поведении пациента, чтобы уменьшить сигналы для руминации?
- Что происходит после руминации? Каковы ее последствия?
- Как руминация могла развиваться?
- Как эти знания могут способствовать обоснованию, данному пациенту?
- Что это говорит о возможных функциях руминации?
- Как я могу в дальнейшем проверить эту гипотезу?
- Какая еще информация мне нужна? Что мне нужно подробнее проверить при обсуждении конкретных примеров?
- Какие следующие шаги могут стать возможными вариантами для интервенций?

Некоторые вероятные ответы можно найти в рамке на страницах 150–152 в конце этой главы.

Это дает представление о потенциальных триггерах для руминации (антецеденты), природе и процессе мыслей, которые возникают (поведение), а также о последствиях руминации (последствия). А кроме того, вносит вклад в концептуализацию терапевтом того, что происходит с руминацией, и помогает определять обоснование, которое дается пациенту. Первоначальная оценка затем приводит к социализации в терапии и предоставлению обоснования лечения.

Данное исследование начинается с обращения к пациентке с просьбой вспомнить последний период времени — в последние несколько недель, — когда она заметила, что попала в ловушку обдумывания своих чувств или проблем. Определив пример, терапевт побуждает пациента вспомнить его как можно точнее и подробнее, начиная с того, что произошло непосредственно перед началом руминации. Принцип АКЭС особенно важен при рассмотрении примеров недавних эпизодов руминации. Хорошая стратегия заключается в том, чтобы попросить пациента вспомнить событие в деталях, но замедлить его, как если бы показывали фильм в замедленной съемке или по одному кадру за раз, чтобы вместе составить карту происходящего во время руминации, момент за моментом. Терапевт способствует этому, задавая вопросы, которые сфокусированы и жестко определены с точки зрения места, времени, последовательного порядка и элемента наблюдаемого опыта. Если пациенты начинают объединять шаги в последовательности или сжимать минуты руминации в одном описании (например, «я просто продолжал размышлять о том, что произошло»), то терапевт задает дополнительные вопросы, чтобы разделить их на меньшие шаги.

Для иллюстрации процесса мышления может быть полезно нарисовать последовательность руминации на доске или листке бумаги. Вот несколько примеров вопросов:

- Что случилось перед тем, как вы начали руминировать?
- Какую самую первую мысль вы заметили?
- Какое ощущение в теле вы заметили в течение секунды сразу после нее?
- Что вы сделали после того, как заметили ее?
- Когда у вас появилась эта мысль, как вы себя чувствовали сразу после этого?
- Что вы думали после того, как начали ощущать тревогу?

- После того как у вас появилась эта мысль, что пришло вам в голову в следующую секунду?
- На что именно вы тогда обратили внимание?

Используя подобные вопросы, терапевт рисует подробный, посекундный контур последовательности руминации — с начального триггера, двигаясь вдоль последовательности мыслей, чувств, ощущений и действий, — и начинает рисовать карту процесса руминации для пациента. Это дает информацию о типах вопросов, которые пациент задает сам себе, и о ключевых темах руминации. Полезно внимательно следить за более абстрактными и оценочными вопросами, такими как «Почему я?». Это может указывать на точки входа и выхода из приступа руминации, что дает подсказки к возможным направлениям для интервенции, а также предоставляет конкретный пример воздействия руминации на определенные симптомы и сложности пациента, которые могут быть включены непосредственно в обоснование терапии.

Раскрытие конкретного примера руминации: Паула

Терапевт: Давайте изучим пример более подробно и посмотрим, сумеем ли мы понять, что происходит. Вы можете вспомнить, когда начали беспокоиться в последнее время?

Паула: Несколько дней назад я была обеспокоена просьбой взять отгул.

Терапевт: Поскольку вы помните этот момент, давайте медленно пройдем через него, как если бы события происходили в замедленном темпе, чтобы узнать побольше о случившемся. Что вы сначала заметили?

Паула: Я начала чувствовать себя немного взволнованной и напряженной.

Терапевт: В каком месте вы заметили напряжение?

Паула: Я была напряжена в плечах.

Терапевт: Что происходило в вашем сознании, когда вы начинали чувствовать себя напряженно?

Паула: Я думала о том, что произойдет. Представляла, что случится, если я спрошу, думая, что мне, вероятно, скажут «нет».

Терапевт: Что именно вы себе представляли?

Паула: Я видела, как мой босс смотрел на меня так, будто я была глупой, и говорил мне «нет». Представляла, что мне стыдно.

Терапевт: Что случилось, когда вы начали так думать?

Паула: Я начала чувствовать себя более напряженной.

Терапевт: А что произошло сразу после этого?

Паула: Это прекратилось, когда я в действительности задала вопрос и получила ответ.

Терапевт: Что тогда произошло?

Паула: Мой босс согласился на мою просьбу.

Терапевт: Важно отметить, что все сложилось не так, как вы ожидали. Давайте сделаем шаг назад — что случилось между тем, как вы представляли себе худшее и задали вопрос? Я предполагаю, там происходило нечто большее.

Паула: Я говорила себе, что должна задать вопрос — сейчас или никогда. Я становилась очень самокритичной: «Как это жалко выглядит, я — неудачница»; «Могу ли я быть достаточно взрослой, пойти и спросить?» Мне становилось все хуже и хуже, все труднее и труднее начать.

Терапевт: Ясно. Звучит так, будто там много чего происходит. Давайте попробуем замедлить действие, чтобы запечатлеть последовательность того, что произошло ранее. Насколько можете, прокрутите в своей голове то, что случилось в замедленном темпе, будто смотрите фильм кадр за кадром. Вы только что представили, что ваш босс говорит «нет», и начали ощущать, что растет напряжение в плечах. Какая у вас была следующая мысль?

Паула: Мне нужно назначить встречу — это срочно.

Терапевт: Хорошо. И в следующую секунду, подумав об этом, что вы говорите себе?

Паула: Я говорю себе, что не могу откладывать — я должна спросить сейчас.

Терапевт: И как вы себя чувствуете в тот момент?

Паула: Я напрягаюсь, чувствую себя под давлением и испытываю стресс.

Терапевт: И что именно приходит вам тогда в голову?

Паула: Я спрашиваю себя: «Почему я не могу это сделать?»; «Почему это так сложно?»

Терапевт: И что следует за мгновением после того, как вы задаете себе эти вопросы?

Паула: Я критикую себя и думаю, какая я жалкая.

Терапевт: Что следует за этой мыслью? Какое влияние она оказывает на вас?

Паула: Начинаю чувствовать себя подавленной и лишенной мотивации.

Терапевт: А что сразу после этого?

Паула: Я продолжаю постоянно обдумывать, почему мне так трудно даются такие простые вещи и почему я такая неудачница. Почему я продолжаю это делать? Почему все так -сложно?

Терапевт: Как вы себя чувствуете?

Паула: Все более и более подавленной.

Терапевт: Что произошло дальше?

Паула: Я продолжала критиковать себя, но потом вернулась к мысли, что мне нужно назначить эту встречу.

Терапевт: Что произошло дальше?

Паула: Те же самые мысли снова приходили мне в голову.

Терапевт: Понятно. Позвольте проверить, правильно ли я все понимаю. У вас были мысли о том, чтобы попросить отгул и назначить встречу, но затем вы представили, что на ваш запрос ответили отказом. Это заставило вас испытывать тревогу; а потом вы вспомнили, как это важно для вас, и задались вопросом, почему не делаете этого и почему вам так трудно; тогда эти мысли привели к мыслям о провале, заставив вас чувствовать себя подавленной, прежде чем вернуться к мысли «я должна попросить отгул». И затем вся последовательность повторяется. Правильно?

Паула: Да.

Терапевт: Как долго эта повторяющаяся последовательность мыслей продолжалась, когда вы были на работе?

Паула: Они крутились у меня в голове около часа.

Терапевт: Похоже, это был трудный час для вас, заставлявший чувствовать себя гораздо хуже. Но в позитивном плане стоит отметить, что вам удалось положить этому конец, пойти и задать вопрос. Что случилось перед тем, как вы это сделали?

Паула: Я подумала, что мне становится хуже, я не добиваюсь прогресса, и мне нужно сделать что-то иначе. Я решила задать вопрос и сосредоточилась на том, что скажу.

Терапевт: И это привело к тому, что вы спросили начальника, а он согласился — после чего руминация прекратилась. Правильно?

Паула: Да, я почувствовала огромное облегчение, напряжение спало.

Терапевт: Итак, подводя итог, складывается впечатление, что совершать действие, а не думать о нем, то есть задавать вопрос на самом деле, а не проверять его в голове, оказалось полезным?

Паула: Да, это правильно.

Взгляд терапевта

Этот диалог иллюстрирует несколько общих вопросов. Он указывает на то, как терапевт должен подталкивать и подсказывать, чтобы отслеживать полную последовательность мыслей в конкретных и специфических деталях от момента к моменту. Это действие включает в себя разбивку общих описаний на более мелкие конкретные сегменты и замедление описания произошедшего. Что крайне важно, потому что это позволяет раскрыть динамический процесс руминации — как она может воспроизводиться по кругу и где может прекращаться.

Диалог показывает важность того, чтобы терапевт резюмировал и давал обратную связь по мере возникновения мыслительного цикла для проверки его корректности. Это помогает обратить внимание пациента на поток мыслей.

Такой пошаговый разбор конкретного примера дает дополнительную информацию для уточнения первичной формулировки руминации Паулы. Он подтверждает межличностный фокус ее руминации и то, как она сфокусирована на понимании и попытках улучшить уверенность в своих действиях.

Наконец, данный пример указывает на возможные модераторы руминации и альтернативные реакции, такие как принятие решения сделать что-то или задать вопрос, а не думать. Терапевт захочет подчеркнуть их, потому что они указывают направления воздействий, которые можно дополнительно проработать на более поздних сессиях.

Раскрытие конкретного примера руминации: Дженни

Терапевт: Вы можете привести примеры, когда начали беспокоиться на прошлой неделе? В какое угодно время, куда мы могли бы перенестись для рассмотрения подробных деталей. Когда вы больше всего беспокоились на этой неделе?

Дженни: Я начала беспокоиться о свидании.

Терапевт: Когда должно было состояться свидание?

Дженни: В пятницу вечером.

Терапевт: И когда началось беспокойство?

Дженни: Во вторник я готовилась выйти из дома на работу и начала беспокоиться. По дороге моя голова стала наполняться всеми этими мыслями о том, что может произойти.

Терапевт: О чем вы начали беспокоиться?

Дженни: В моей голове крутились мысли о том, что может произойти или пойти не так. Я задавалась вопросом, есть ли у нас что-то общее. Подумает ли он, что я интересная, смешная, симпатичная. Опозорюсь ли я.

Терапевт: Какой эффект имели эти мысли и беспокойство о том, что вы опозоритесь?

Дженни: Я почувствовала себя более напряженной и заведенной. Мне было трудно сконцентрироваться.

Терапевт: Каков эффект от этого?

Дженни: Это было очень утомительно и изматывающе.

Терапевт: Что вы подумали после того, как задали вопросы о том, как он будет реагировать на вас?

Дженни: Он может подумать, что я скучная. Это идет по замкнутому кругу, все больше заводит меня, потому что в течение часа я представляю и думаю обо всем, что может пойти не так.

Терапевт: Как долго длилось беспокойство?

Дженни: Оно продолжалось большую часть дня.

Терапевт: И как оно закончилось?

Дженни: Я встретила с другом вечером. Затем все началось снова, на следующий день, и я просто приняла происходящее как данность. Оно испортило все удовольствие, и я провела свое время, беспокоясь.

Терапевт: И как прошло свидание?

Дженни: Свидание было действительно хорошим. Однако к тому времени, когда я дошла до него, чувствовала себя истощенной, а после заново проигрывала некоторые моменты свидания снова и снова.

Терапевт: Что вы можете сделать, чтобы уменьшить беспокойство?

Дженни: Я могу подумать о том, о чем мы можем поговорить, и спланировать, что надену.

Терапевт: Что тогда происходит?

Дженни: Я чувствую, что у меня больше контроля, но затем возникает другое беспокойство.

Терапевт: О чем вы могли бы поговорить на свидании?

Дженни: Мы могли бы поговорить о музыке. Но тогда, может, нам нечего будет сказать.

Терапевт: О чем еще вы могли бы поговорить?

Дженни: О книгах и фильмах.

Терапевт: Когда мы размышляем о том, что вы могли бы сказать, как вы себя чувствуете?

Дженни: Я чувствую себя немного лучше. В мыслях я хочу контролировать весь разговор и быть в состоянии думать о том, что сказать. Я всегда беспокоюсь, что мне нечего сказать и что могу сделать что-то не так, нечто, что опозорит меня. Я действительно беспокоюсь о том, что буду неуклюжей или пролью что-нибудь. Я представляю, что делаю что-то постыдное, и у меня возникают такие мысли, как «Что, если я пролью напиток?»; «А что, если я споткнусь?» У меня появляются такие образы.

Терапевт: Итак, часть процесса обдумывания звучит, как испробовать и предотвратить это, подготовиться к этому, подумать о том, что может пойти не так, а затем найти способы сделать что-то другое. Правильно?

Дженни: Да.

Взгляд терапевта

Этот диалог иллюстрирует несколько общих вопросов.

Во-первых, он дает хорошее представление о потоке мышления Дженни и о том, как мысли опираются друг на друга. Он также раскрывает содержание ее руминации и проблем, которые постоянно возникают. В нем приводятся дополнительные -доказательства того, как руминация может оказаться бесполезной.

Во-вторых, он иллюстрирует, как бывает полезно напрямую спрашивать о том, что может измениться или повлиять на руминацию. Дженни знает, что может уменьшить беспокойство и руминацию, если сфокусируется на том, что конкретно может сделать. Это указывает на ряд возможных интервенций, которые могут быть полезны для нее (например, конкретное мышление, решение проблем, ролевые игры).

В-третьих, пошаговый разбор примера предоставляет новую информацию для уточнения первичной формулировки функции ее руминации. Он предполагает, что беспокойство имеет подготовительную функцию, а именно — попытку предотвратить грядущие трудности, особенно когда неизвестно, как себя вести с другими людьми. Возможные функции руминации могут обсуждаться с пациентами, и этот диалог иллюстрирует, как можно начать такое обсуждение, основываясь непосредственно на ответах пациента.

Раскрытие конкретного примера руминации: Рут

Терапевт: Давайте изучим пример подробно и посмотрим, сможем ли мы понять, что происходит. Можете ли вы вспомнить, когда начали руминировать в последнее время? Пока мы думаем об этом периоде, давайте медленно пройдем через него, момент за моментом, как если бы события происходили в замедленном темпе, чтобы узнать как можно больше о том, что произошло.

Рут: У меня начинался стресс, и я была на взводе после того, как пришла домой с детьми во вторник; поймала себя на том, что постоянно обдумываю что-то.

Терапевт: Было бы полезно точно определить, что произошло непосредственно перед началом руминации — чтобы понять, можем ли мы

определить, что послужило толчком для этого. Что случилось перед тем, как вы начали испытывать стресс?

Рут: Я была на своих занятиях, а затем отвезла детей в парк.

Терапевт: Как вы себя тогда чувствовали?

Рут: Я чувствовала себя хорошо и позитивно.

Терапевт: Хорошо. Когда вы заметили, что начинается непрерывное обдумывание?

Рут: Это случилось после того, как мы вернулись домой. Примерно через час после этого я заметила, что мое настроение начинает падать, и почувствовала, что сыта всем по горло.

Терапевт: Хорошо. Похоже, это важный момент, на котором можно сфокусироваться. Давайте попробуем взглянуть на него секунду за секундой. Что вы делали во время первого часа после того, как вернулись домой?

Рут: Я занялась некоторыми делами по дому, убирала и -гладила.

Терапевт: А что происходило рядом с вами? Например, что делали дети?

Рут: Старшая дочь смотрела телевизор, а младшая сидела за кухонным столом и должна была делать домашнее задание.

Терапевт: Итак, вы работаете по дому, а дети сидят, смотрят телевизор или делают домашнее задание. Поначалу вы чувствуете себя в порядке, верно?

Рут: Да.

Терапевт: Когда вы стали замечать падение настроения?

Рут: Когда я делала работу по дому, думала, что ненавижу быть домохозяйкой и что мне все это надоело.

Терапевт: Можете ли вы точно вспомнить, какие мысли приходили к вам в голову? Какую первую мысль вы заметили?

Рут: Я думала, что возвращаюсь к повседневной рутине.

Терапевт: И как эта мысль заставила вас себя почувствовать?

Рут: Я почувствовала усталость, скуку, раздражение.

Терапевт: А какие мысли пришли сразу после того, как вы по-думали о возвращении к повседневной рутине?

Рут: Я подумала: «Меня это не волнует. Это скучно, одно-образно и раздражает».

Терапевт: Какой эффект оказали эти мысли на вас?

Рут: Мое настроение ухудшилось, стало более подавленным и раздражительным.

Терапевт: Что случилось дальше?

Рут: Я была на кухне, а моя дочь отвлеклась от домашнего задания. Это еще сильнее раздражало меня.

Терапевт: Что именно вы тогда подумали?

Рут: Она даже не старается должным образом.

Терапевт: Что вы тогда сделали?

Рут: Я сказала ей сосредоточиться на домашнем задании, но она больше ничего не делала.

Терапевт: Что вы тогда подумали?

Рут: Я подумала: «В чем смысл? Ко мне никто не относится с уважением. Никто меня не слушает».

Терапевт: И когда у вас возникли эти мысли, какое влияние они оказали на то, что вы чувствовали?

Рут: Я становилась все более раздраженной.

Терапевт: Что вы тогда сделали или сказали?

Рут: Я стала придирается к дочери и просто вышла из комнаты, почувствовав сильное раздражение.

Терапевт: Что вы тогда подумали?

Рут: Я не могу быть хорошим родителем. Почему я даже это не могу сделать хорошо?

Терапевт: Как вы тогда себя чувствовали?

Рут: Раздраженной, расстроенной и унылой.

Терапевт: И что последовало за этим?

Рут: Мои мысли продолжали переходить в один и тот же негатив, снова и снова. Мысли типа «Почему я позволяю этому задевать меня?»; «Мое прошлое вернется и будет преследовать меня?»; «Это моя вина?»; «Почему я такая жалкая?».

Терапевт: Как долго это длилось?

Рут: Это продолжалось, пока я не легла спать.

Взгляд терапевта

Этот пример снова показывает, как терапевт должен подталкивать и подсказывать, чтобы отслеживать полную последовательность мыслей в конкретных и специфических деталях, от момента к моменту. Это включает в себя разбивку общих описаний на более мелкие конкретные сегменты и замедление описания того, что происходило. Это очень важно, потому что помогает раскрыть динамический процесс руминации — то, как она может воспроизводиться по кругу и где может прекращаться.

Диалог помогает терапевту определить возможные предупреждающие знаки и сигналы для руминации Рут. Похоже, мысли типа «Я возвращаюсь к повседневной рутине» и чувство скуки являются точкой, провоцирующей руминации. Знание этого могло бы помочь в планировании того, когда Рут лучше практиковать альтернативные реакции и с какими триггерными реакциями это должно быть связано. Тем самым предполагается, что терапевт и Рут должны следить за предупреждающими знаками в дальнейших примерах.

Это взаимодействие также дает подсказки относительно возможных функций руминации. Одна из них состоит в том, что руминация сфокусирована на попытках понять прежние проблемы и предотвратить их повторение. Другая возможная функция состоит в том, что руминация может служить попыткой избежать нежелательного результата — в данном случае ощущения Рут себя как той, которая ничего не достигла и просто является домохозяйкой. Может быть, мотивирующий аспект руминации, которая включает в себя сосредоточенность на том, чего Рут не достигла, состоит в том, чтобы оказать давление на себя с целью достичь большего.

Также терапевту полезно отметить и записать большое количество вопросов «почему», которые Рут задает себе. Они указывают на абстрактное, аналитическое мышление, характерное для ее руминации. Это говорит о том, что потенциальная интервенция предполагает ее переключение на более конкретное мышление, например с основой на эксперименте «Почему — как». Вероятно, полезно указать ей, сколько вопросов типа «почему» она задает себе, пробежаться по этому списку и рассмотреть альтернативы, которые стоит попробовать.

Ответы для самопроверки: рассуждение о формулировке для Рут

- **Что происходит перед руминацией?** Потенциальные antecedенты и триггеры для руминации Рут включают в себя напоминания о ее детстве и о том, что она не завершает дела, когда меньше занята, остается одна, ее дети легли спать, и она обеспокоена тем, что жизнь проходит мимо без каких-либо достижений.
- **Предполагают ли возможные изменения в среде или поведении пациента уменьшение сигналов к руминации?** Это говорит о том, что некоторые изменения в ее распорядке могут быть полезны (например, руминация часто начинается, когда детей уложили спать, поэтому, вероятно, полезно планировать деятельность на это время). Похоже, существуют сильные триггеры, такие как мысли и воспоминания о том, что не было достигнуто, поэтому может быть эффективно использовать их в качестве предупреждающих знаков в «если..., то...»-планах на случай непредвиденных обстоятельств, с позитивным альтернативным поведением, которое следует практиковать в ответ на эти знаки.

- **Что следует за руминацией? Каковы ее последствия?** Она вызывает ощущение неудачи, повышает раздражительность и снижает мотивацию.
- **Как могла развиваться руминация?** Возможно, она развилась из-за того, что в подростковом возрасте Рут не могла приспособиться к окружающей действительности и пыталась решить эту проблему.
- **Как эти сведения могут способствовать обоснованию, данному пациенту?** Были продемонстрированы убедительные доказательства того, что руминация бесполезна и что это — привычка; их можно использовать для обоснования. Данные сведения могут дать некоторые разъяснения того, насколько понятна реакция, которая могла начаться в ответ на трудности в подростковом возрасте.
- **Что это говорит о возможных функциях руминации?** Фокус руминации — мысль «Почему я не достигла большего в жизни?». Потенциальные усиливающие функции руминации включают в себя (1) попытку понять, почему все произошло именно так, с целью предотвратить продолжения этого; (2) убедиться в том, что не завершённые в прошлом задачи не забыты, и сфокусироваться на том, чтобы не оступиться снова в будущем (напоминания о необходимости продолжать).
- **Как дальше проверить эту гипотезу?** Совместное обсуждение с Рут; рассмотрение конкретных примеров руминации, чтобы выяснить, являются ли паттерны мышления последовательными; поведенческие эксперименты, чтобы увидеть, уменьшает ли руминацию применение альтернатив.
- **Какая еще информация нужна? Что нужно проверить подробнее при обсуждении конкретных примеров?** Из примеров руминации поступает информация о потенциально усиливающих последствиях. Вы могли бы спросить Рут о том, чего руминация способна помочь избежать или что предотвратить; что случилось бы, если бы она перестала руминировать? Такие вопросы могли бы дать представление о конкретных функциях.

- **Какие дальнейшие шаги могут стать возможностями для интервенций?** (1) Как отмечалось выше, «если..., то...»-планы на случай непредвиденных обстоятельств могут быть разработаны с альтернативными реакциями на выявленные триггеры; (2) из-за преобладания абстрактных, аналитических вопросов «Почему?» может быть полезным практиковать мышление более конкретным образом; (3) по причине фокуса на выполнение задач акцент на планировании деятельности и постановке целей может быть полезен в качестве альтернативы руминации; (4) если гипотеза о руминации как о форме стимулирования себя с целью избежать будущих провалов (хоть и неудачная) верна, то предоставление альтернативного, более конструктивного способа мотивировать и поощрять себя может быть полезным для Рут (например, работа с самосостраданием); (5) приведенные Рут примеры показали, что, когда она занималась творческой деятельностью, например художественным курсом, ее руминация уменьшилась. Это повышает возможность того, что увлекательная деятельность может быть полезной.

Глава 5. Обоснование терапии и постановка целей

В дополнение к оценке первые несколько сессий должны социализировать пациента в модели СРКПТ, предоставить основу для объяснения депрессии, руминации и того, как будет происходить терапия, а также включить ряд кратких интервенций, чтобы пациенты приобрели положительный опыт на ранних стадиях терапии. Разработка подробного и убедительного обоснования важна по двум причинам.

Во-первых, хорошее обоснование терапии может помочь пациенту почувствовать, что есть шанс на то, что терапия будет полезной, тем самым уменьшая безнадежность.

Во-вторых, пациенты, которые руминируют, часто тратят много умственной энергии, пытаясь понять, почему все так, как есть. Убедительное обоснование и объяснение их депрессии временно помогает ослабить данный конкретный аспект руминации.

Обоснование терапии

Социализация должна начаться в течение первой сессии. Обсуждение недавнего примера проблемы или эпизода руминации полезно при разработке модели терапии с использованием опыта пациента. Таким образом, социализация в терапии естественным образом вытекает из первоначальной оценки. Она должна быть сфокусирована на том, чтобы показать связь между antecedентами, поведением и последствиями. Особенно полезно рисовать простые диаграммы на основе опыта пациента. Также бывает полезно кратко изложить процесс руминации, вычерчивая последовательность ее эпизодов и обсуждая это как общий паттерн. Важно отобразить на диаграмме руминацию (названную словами пациента) и избегание, а также показать, что она способствует сохранению депрессии. Размещение на диаграмме конкретных примеров подобного поведения также может быть полезно. Раздаточный материал по руминации (см. Раздаточный материал 1 «Основные факты о руминации» в приложении) используется для содействия этому психообразованию.

Чем больше симптомы и переживания пациента могут быть нормализованы, тем лучше, поскольку многие люди, страдающие от интенсивной руминации, считают себя странными, не похожими на других, неполноценными; они сосредоточены на негативных сравнениях между собой и другими. Полезно подчеркнуть внутреннюю логику ответов пациента (например, «Если бы я верил в это, действовал бы таким же образом»; «Если бы это случилось со мной, мне

было бы трудно выбросить это из головы»; «Учитывая эти последствия, логично, что руминация продолжается»).

Ключевые моменты, которые надо учитывать в обосновании:

1. Повторяющееся негативное мышление (беспокойство, руминация) и избегание сохраняют депрессию.
2. Как руминация, так и избегание вполне нормальны и полезны в ограниченных количествах в подходящих обстоятельствах (то есть «Неудивительно, что вы их используете — все остальные тоже так делают»).
3. Однако когда они используются чрезмерно или не сбалансированы, становятся проблематичными.
4. Чрезмерное использование происходит из-за научения в прошлом, либо путем копирования других, либо из предыдущих случаев, когда вы узнали, что руминация была полезной стратегией — там, где она имела предполагаемую пользу.
5. Руминация стала привычкой, извлеченной из многократного использования во время прежнего опыта, что делает ее автоматической и зачастую вызванной неосознанно.
6. Поскольку она была выучена, ее можно заменить новой, более адаптивной стратегией, которая усваивается вместо нее.
7. Терапия поможет пациенту научиться новому, более адаптивному подходу на основе собственного опыта и с помощью терапевта, имеющего более широкое видение.
8. Поскольку руминация — выученная привычка, изменение привычки требует более глубокого понимания того, что вызывает руминацию, и многократной практики с целью изменить привычку. Это может потребовать времени и усилий, но выполнимо.

Эти моменты подробно изложены в первых раздаточных материалах по руминации и избеганию (см. Раздаточный материал 1 «Основные факты о руминации» и Раздаточный материал 2 «Избегание»). Как и в стандартном подходе КПТ, постоянная обратная связь направлена на проверку того, что данная информация имеет смысл и кажется актуальной для пациентов (например, «Как это соответствует вашему опыту?»).

Предлагаемые ниже сценарии дают общее руководство, что полезно сказать при предоставлении обоснования, хотя каждый должен быть изменен для включения конкретных примеров из слов и опыта конкретного пациента.

Руминация и избегание сохраняют депрессию

«Мы отметили, что вы тратите много времени, останавливаясь на негативных мыслях, переосмысливая разные вещи. Кроме того, отметили, что чем больше вы это делаете, тем хуже чувствуете себя и тем менее мотивированным становитесь. Мы также говорили о том, как вы избегаете нескольких ситуаций. Например, впав в депрессию, вы перестали делать [приведите пример из собственного опыта пациента]».

«Меня интересуют эти два аспекта вашего поведения, потому что я считаю, что они участвуют в сохранении ваших симптомов депрессии. Есть доказательства того, что останавливаться на чем-либо и избегать чего-либо — значит сохранять депрессию. Имеет ли это смысл для вас, исходя из вашего опыта?»

«Можете ли вы найти примеры этого из вашего собственного опыта? Например, перестав выходить из дома, вы продолжали чувствовать себя все печальнее [возможно, следует указать на диаграмму, показывающую взаимосвязь между мышлением, поведением и симптомами]. Вы тратите много времени на размышления о чем-либо, пытаетесь их проработать, однако создается впечатление, что вы редко приходите к полезному выводу и просто чувствуете себя хуже и хуже [используйте примеры из оценки пациента (то есть настроение становится хуже и хуже, когда пациент руминирует — см. примеры в диалогах из главы 4 и этой главы)]».

«Постоянные повторяющиеся размышления, беспокойство, анализ и обдумывания неприятных событий, чувств и проблем называется руминацией. Когда длительная, частая и чрезмерная руминация проблематична, она приводит к тревоге и депрессии, снижает мотивацию, способствует прокрастинации и уменьшает прямой контакт с миром. Вы привели несколько недавних примеров этого [где возможно, проиллюстрировать примерами из собственного опыта пациента]. Таким образом, руминация, сфокусированная на негативных вещах, может стать “центральной движущей силой”, который продолжает подпитывать депрессию».

«Аналогичным образом избегание рискованных и болезненных ситуаций кажется разумной реакцией, но со временем это означает, что вы делаете все

меньше, и у вас меньше шансов получить позитивный опыт или найти новые способы справиться с чем-либо. Это также может укреплять депрессию».

Руминация и избегание нормальны

«Руминация является нормальной реакцией на трудности, хотя обычно она относительно непродолжительна и ограничивается конкретной проблемой. Когда есть проблема, вполне естественно попытаться ее разрешить, проработать и -осмыслить, думая о ней. Действительно, размышления о каких-то вещах могут помочь, например, рассмотреть вопрос о том, как решить практические проблемы. Ведь большая часть технического прогресса, достигнутого человечеством, — следствие размышлений и анализа».

Руминация может стать проблемой

Однако мы полагаем, что «обдумывание» чего-либо может быть бесполезно, когда:

- Оно применяется к неуместным проблемам или применяется чересчур широко.
- Баланс между мышлением и действием теряется, или мышление становится самоцелью. Мышление полезно, если оно выступает в качестве руководства к действию, а затем действие информирует дальнейшее мышление, так что происходит обратная связь. Однако если мышление становится гораздо более частым, чем действие, или заменяет его, то мы в конечном итоге прокрастинируем и избегаем, а проблемы остаются. Например, представьте, что ваша машина не заводится. Полезно остановиться в мыслях на том, почему она может не заводится, и продумать возможные причины этого (например, проблемы со свечами зажигания, двигатель слишком холодный, аккумулятор разряжен). Такое мышление поможет решить проблему. Но чтобы оно стало полезным, нужно активно исследовать: заглянуть под капот, опробовать разные вещи и т.д. Просто думать — не решение. Подобным образом, совершать действие, не обдумывая проблему, вероятно, тоже ничего не решит (например, многократно поворачивать ключ зажигания). Так что баланс важен.
- Стил мышления тоже важен. Давайте представим себе разницу между вопросами «Почему машина не заводится?» и «Почему это происходит со мной?». Какой вопрос полезнее?

Далее мы можем сказать примерно следующее.

Чрезмерная руминация выучивается

«Чрезмерная руминация не должна восприниматься как нормальная реакция или как часть вашей личности. На самом деле, руминация — это конкретная усвоенная реакция, вместо нее можно научиться новой, иной реакции. Руминация была выучена потому, что ей нас обучили, или потому, что в какой-то момент была какая-то польза или вознаграждение за то, чтобы делать это».

На данном этапе терапевт рассматривает идиосинкразическое развитие руминации в рамках оценки, чтобы проиллюстрировать, как она могла быть выучена. Это действие включает в себя разговоры о том, как руминация могла быть адаптивной в некоторых ограниченных обстоятельствах (например, чтобы избежать попадания в неприятности; попытаться разобраться в трудностях; подготовиться к худшему). Здесь важно нормализовать реакцию пациента, так как склонность к беспокойству или руминации, вероятно, будет понятной и нормальной реакцией на действительно сложную ситуацию или на хроническое перенапряжение. Терапевт признает, что это могут быть ситуации, которые заставляют кого-либо заикнуться на проблеме или трудностях в попытке их разрешить. Одно из преимуществ этого подхода заключается в том, что он позволяет терапевту напрямую сопереживать пациентам и четко распознавать реальные трудности, с которыми они сталкиваются. По моему опыту, многие пациенты с депрессией сталкиваются с трудными жизненными обстоятельствами. Важно признать эти подлинные трудности и подтвердить опыт пациента, не минимизируя или бросая вызов его трудностям и сразу переходя к разрешению проблем. Время, потраченное на признание реальных проблем и причин, которые объясняют, почему естественно и понятно, что пациент проводит время, думая о них снова и снова, — важный шаг в развитии хороших терапевтических отношений. Неспособность сделать это может затруднить для пациентов доверие к терапии или терапевту.

Чрезмерная руминация и избегание являются привычкой

Терапевт стремится донести следующие идеи. Во-первых, как любую привычку, руминацию сначала трудно изменить, она будет иметь тенденцию повторяться, когда пациент испытывает стресс.

Во-вторых, как любая привычка, она обычно является автоматической, запускается внутренними и внешними сигналами, часто вне сознания. Будут периоды, когда руминация вернется, и это естественно; пациент не должен критиковать себя, когда так происходит. Вместо этого его следует поощрять спокойно возвращаться к новым стратегиям, которым он научился, и рассматривать это как дальнейшую возможность практиковать избавление от данной привычки.

«Мы рассматриваем беспокойство как привычку. Привычка — это автоматический способ реагирования, который был изучен в повторяющихся случаях и событиях; она запускается без осознания или намерения. Когда реакция, например беспокойство, возникает неоднократно, в связи с одним и тем же видом ситуации, такие ситуации могут стать автоматическими триггерами, вызывающими привычку. Например, у человека, который много курит, общаясь с друзьями в баре, может сформироваться привычка, и в следующий раз, оказавшись в баре, он зажжет сигарету не задумываясь. Подобным образом беспокойство может автоматически возникать в ситуациях, когда вы беспокоились раньше, например в период нарастающего стресса. Кажется, что чувство напряженности и сравнение с другими могут быть для вас таким сигналом для беспокойства. Это правильно?»

Я обнаружил, что язык привычек полезен пациентам, потому что он прост, доступен, имеет смысл и снижает стигматизацию. У каждого найдутся примеры полезных и вредных привычек, и каждый может понять, сколько усилий требуется, чтобы изменить привычку, например осознание того, когда она проявляется и неоднократно повторяется. Это тоже помогает пациентам рассматривать руминацию как что-то отдельное от их личности и поддающееся изменениям. Многие приходят на терапию со словами: «Это то, что я всегда делал. Часть моей личности». Определение руминации как привычного поведения открывает возможность для изменения.

Далее обоснование продолжается следующим образом.

Руминация может быть заменена изучением новых стратегий

«Хорошая новость заключается в том, что, поскольку беспокойство — это выученная привычка, мы можем заменить его другими, более полезными стратегиями и реакциями, которые усваиваются вместо нее. Данная терапия будет сосредоточена на изучении новых реакций, восстановительных

действий и мышления, а также на поиске лучших стратегий, чтобы уменьшить руминацию и избегание, и поможет вам достичь ваших целей и уменьшить депрессию. Мы сфокусируемся на построении, учитывая ваш собственный опыт. Бывает, вы хорошо справляетесь с проблемами, а бывает — не очень; мы хотим извлечь уроки из тех моментов, когда вы хорошо справляетесь с проблемами, чтобы делать так чаще и более последовательно».

Акцент на изучение собственного опыта пациента важен, потому что он подтверждает, что пациент действительно обладает некоторыми ресурсами и способностями. Это позволяет ему сфокусироваться на том, как терапия будет опираться на то, что он уже может сделать. Такой подход предназначен для проверки пациента. Он контрастирует с терапией, где терапевт действует только как эксперт, дающий пациенту новые решения, которые могут заставить его чувствовать себя глупым или слабым — из-за того, что не он сам их придумал. Этот подход помогает вовлечь пациентов, укрепить их оптимизм и уверенность. Что естественным образом приводит к тому, что терапевт выступает в качестве тренера для поддержки пациента и его направления. При этом пациент должен усердно работать в повседневной практике, что согласуется и закладывает основу для детальной работы ФА.

Полезно спросить пациентов о других привычках, которые они, возможно, пытались изменить, и их предыдущих попытках, например: «Чему вы научились, пытаясь изменить эту привычку?» Хорошие примеры изменения привычек включают в себя изменение распорядка дня, выбор нового пути на работу, начало занятий физическими упражнениями или отказ от курения. Другие полезные вопросы:

- Что помогло вам научиться новым навыкам? Вы научились им сразу без ошибок?
- Были периоды, когда казалось, что все идет хорошо, а также другие периоды, когда все шло не так хорошо?
- Бывали случаи, когда старая привычка возвращалась? Какие выводы вы можете сделать из них?
- Потребовалось ли время, чтобы она стала более автоматической и не приходилось думать об этом?

Перечисленные вопросы помогают вырабатывать реалистичные ожидания и улучшать планирование для изучения привычки. Например, в случае Дженни терапевт может сказать:

«Мы можем наблюдать на примере вашего собственного опыта, что беспокойство и руминации являются для вас основными проблемами, способствующими тревоге и депрессии. Вы упомянули, что всегда находите, о чем беспокоиться, и что это беспокойство делает вас более тревожной, вы устаете, настроение ухудшается. У людей с депрессией и тревогой такое бывает довольно часто. Из-за этого мы понимаем руминацию и беспокойство как центральный двигатель, управляющий началом и поддержанием депрессии и тревоги. Это подтверждают самые последние научные данные. Если мы сможем искоренить беспокойство, это в большинстве случаев приведет к улучшению симптомов, а также поможет улучшить качество жизни. Вам понятно?»

«Беспокойство и руминация — то, о чем вы говорили раньше или пытались изменить до того, как начали терапию? Наш опыт заключается в том, что часто ранее люди не были сфокусированы непосредственно на снижении беспокойства и руминации. Без изменения данного способа реагирования трудно добиться значительного прогресса в улучшении состояния. По этой причине данная терапия специально нацелена на беспокойство и руминацию, потому что мы считаем, что это один из лучших способов их уменьшить. Что вы думаете по этому поводу? Вас это не удивляет?»

Эта терапия поможет пациенту научиться новым подходам

«Эта терапия поможет вам перейти от привычки беспокоиться к более полезной. Как вы к этому относитесь?»

«Мы будем работать вместе, чтобы внести эти изменения. Я буду выступать в качестве вашего тренера, давать советы, поддерживать и направлять вас в том, что делать. Вы будете похожи на спортсмена, который выполняет тяжелую работу, чтобы стать лучше. Терапия похожа на тренировку: чем больше вы практикуете, тем большему можете научиться. Более того, вы будете использовать свои навыки и способности, чтобы изменить привычку. Вы являетесь экспертом себя самого — ваши знания о себе и опыт предоставляют нам удивительный ресурс, что может оказаться полезным для вас. Вместе мы рассмотрим моменты, когда вы справляетесь лучше, и увидим, чему можем научиться исходя из этого; мы можем сделать так, чтобы это происходило чаще, более последовательно и когда это больше всего

необходимо. -Будем использовать ваш собственный опыт, чтобы вы смогли развить новые навыки и найти альтернативы беспокойству. Звучит ли это как подход, который может быть полезен для вас?»

Изменение привычки к руминации означает осознание триггеров для руминации

«Хитрость в изменении привычки заключается в том, чтобы узнать о ее триггерах, а затем неоднократно практиковать более полезную реакцию вместо нежелательной привычки. Поскольку привычка кажется вам сильной, может потребоваться довольно много практики, чтобы научиться лучше реагировать. Это не произойдет в одночасье, но со временем все может постепенно измениться».

Следуя этому обоснованию, полезно получить обратную связь от пациента и проверить, есть ли какие-либо сомнения, опасения или вопросы о том, что обсуждалось. На данном этапе (как правило, сессии 1 и 2) также может быть полезно предотвратить проблемы, которые могут возникнуть в связи с руминацией, — путем работы с разными темами, о которых обычно говорят люди.

Обсуждение этого с пациентом поможет гарантировать, что основные темы не пропущены, и заверить его, что терапевт обладает знаниями, представлением и пониманием его проблем и опыта. Например, терапевт может сказать что-то вроде:

«Большое количество руминаций [заменить словом, которое имеет наибольший смысл для пациента] касаются симптомов и эмоциональных реакций — речь о том, что грустно, не становится лучше и что вы рассержены. Это может включать в себя мысль, что глупо расстраиваться из-за чего-то. Важно помнить, что эмоции — это нормальная и часто полезная реакция. С вами так происходит? Можете рассказать мне об этом?»

Бывает полезно подумать о связи между руминацией и межличностными отношениями, например:

«Много руминаций также может быть об отношениях и других людях — например, как обо мне подумают окружающие? Вы часто проводите анализ прошлых событий и проверяете, что сделали? Какая-нибудь из этих тем

находит у вас отклик? Руминация также ассоциируется с избеганием — людей и -работы, откладыванием выполнения чего-либо. Какой у вас здесь опыт?»

Я рекомендую обсудить с пациентом на ранней стадии терапии то, что проблемы с избеганием и руминацией могут возникнуть и в ходе лечения, поэтому это нужно внести в повестку дня как можно скорее. Было бы полезно сказать что-то вроде:

«Фокусирование на вещах в какой-то степени, вероятно, происходит повсюду в вашей жизни, что заставляет меня думать, что это также произойдет здесь, на наших терапевтических сессиях. Если в любое время во время сессий вы заметите, что начинаете останавливаться на чем-то или избегать чего-либо, пожалуйста, дайте мне сразу знать. Вероятно, так произойдет. Я постараюсь заметить это, если смогу, но я не смогу замечать это все время. Поэтому спрошу вас, если решу, что вы начинаете беспокоиться или руминировать, и хочу, чтобы вы сказали мне, когда заметите, что так происходит. Замечать это в ходе сессии — действительно хорошая возможность потренироваться в обнаружении такого поведения, а затем научиться новому подходу, чтобы уменьшить его прямо здесь и сейчас».

Сократовские вопросы могут быть использованы для изучения идей о том, как приобретение новых навыков требует многократной практики и как в процессе достижения успеха в чем-то возможны сбои, ошибки и периоды, когда кажется, что ситуация не улучшается.

Для некоторых пациентов может быть полезным более конкретное психообразование по специфическим темам — особенно обсуждение депрессии и эмоций.

Депрессия

У пациентов с депрессией и руминацией важно прояснить понимание депрессии. Следует подчеркнуть, что нормально быть «депрессивным из-за депрессии». Часто пациенты спрашивают себя: «Почему у меня депрессия?»

Полезно посмотреть, что мы знаем о депрессии и потенциальных жизненных событиях и/или стратегиях преодоления, которые способны ее поддерживать. Здесь может быть полезна модель депрессии ПА; она подчеркивает отсутствие контакта с вознаграждающими событиями после потери, которая затем

поддерживается дальнейшим избеганием (Martell et al., 2001). Полезно подчеркнуть характерные симптомы депрессии (например, усталость, плохая концентрация) и помочь пациентам увидеть, что снижение их производительности может быть следствием болезни, а не говорить что-то о них лично (например, «я ленивый или никчемный»). Некоторые пациенты молчат о своей неадекватности, испытывая беспокойство и чувство вины за то, что не могут найти веские причины депрессии. Они не получили серьезную травму, поэтому полагают, что веских причин для депрессии нет, и приходят к выводу, что они просто самодовольны. Здесь может быть полезно больше узнать об опыте пациентов, их нормальности и выражении эмоций. Предоставление информации о том, как распространена депрессия, способно помочь в этом. Подобным образом, было бы неплохо объяснить, что люди могут быть уязвимы для депрессии даже без наличия чрезвычайных событий, — особенно для пациентов с рецидивирующей депрессией, когда последующие эпизоды часто происходят даже без каких-либо серьезных событий. Мысль о том, что возможна генетическая предрасположенность к депрессии, способна избавить пациента от некоторой самокритики относительно своей болезни.

Также полезно рассмотреть, как может возникнуть уязвимость, например как паттерны выученных реакций в детстве, а продолжение их применения в более позднем возрасте может поддерживать депрессию. Терапевт подчеркивает, что паттерны реакций могли быть полезными или функциональными в то время, когда они были выучены (например, согласие с оскорбительным или агрессивным родителем, чтобы избежать неприятностей), но они доведены до автоматизма и чрезмерно обобщены, поэтому продолжают применяться к другим ситуациям, где уже могут быть не такой хорошей стратегией. Терапия же объясняется как способ обучить замене этих паттернов реакции.

Эмоции

Также полезно объяснить, что такое эмоции, для диспутирования негативных убеждений о них (например, что эмоция является признаком слабости). Нормально испытывать грустные чувства из-за депрессии. Печальное настроение повышает склонность быть негативным. Кроме того, эмоции — это не признак слабости, а скорее сигнал о проблеме, а также способ мобилизации ресурсов для разрешения проблемы.

Вот пример того, как это можно объяснить:

«Беспокойство увеличивает возбуждение и подготавливает наше тело к действию. Представьте, что вы лезете через куст и видите льва —

последствия тревоги увеличат вашу способность к бегству. Подобным образом грусть говорит нам о том, что мы не добиваемся такого прогресса в проекте, как хотелось бы, или что мы лишились чего-то важного лично для нас. Если мы обратим внимание на эти чувства, то сможем определить, что теряем, и перестать думать о том, что делать дальше. Отступление, связанное с грустью, может дать нам шанс отказаться от цели, которая нереальна, и сохранить энергию. Есть и социальная функция — благодаря грусти можно получить помощь от других людей и заставить их быть менее агрессивными по отношению к нам».

Бывает полезно исследовать, как чувство грусти, гнева и т.п. являются нормальными и функциональными. Скорее, проблемой может быть наш ответ на данные эмоциональные реакции. Руминация и избегание — хорошие примеры бесполезной реакции на эмоции. Эта информация может помочь пациентам ослабить самокритику.

Постановка цели

Социализация также может быть связана с постановкой целей — совместно с пациентом. Важно определить цели как можно конкретнее и специфически, сфокусировав внимание на краткосрочных (несколько следующих недель), среднесрочных (несколько следующих месяцев) и долгосрочных (от шести месяцев до двух лет) целях. Постановка целей продолжается несколько первых сессий после первичной оценки, первичного ФА и обсуждения обоснования лечения. Постановка целей позволит определить главные мишени и направление терапии.

Вопросы, которые полезны для достижения целей:

- К каким целям вы хотели бы стремиться в лечении?
- Каким образом все должно измениться, с вашей точки зрения?
- Что бы вы больше всего хотели изменить в ваших нынешних обстоятельствах?
- Что вы перестали делать с тех пор, как началась депрессия, и что вы хотели бы возобновить?
- Есть ли что-то, что вы начали делать с тех пор, как началась депрессия, и что вы хотели бы изменить?

- Что бы вы делали по-другому, если бы не находились в депрессии?

Структура цели

Для постановки целей полезно полностью оценить и изучить структуру целей пациента. Являются ли они реалистичными, специфическими, конкретными, достижимыми, ограниченными по времени, соответствующими друг с другом и, скорее - всего, выгодными? Фокусирование внимания на этих проблемах в постановке целей имеет решающее значение для пациентов с руминацией, потому что большая часть их руминации связана с неспособностью достичь своих целей. Таким образом, мы не хотим обременять пациентов еще большей обеспокоенностью по поводу целей, которых они не в состоянии достичь в полной мере. Скорее, предпочитаем работать с ними, желая перестроить цели таким образом, чтобы максимально увеличить вероятность их достижения, тем самым уменьшив руминацию.

При рассмотрении целей и планов полезно использовать и обучать пациентов мнемоническому SMART, который расшифровывается как Конкретный (Specific), Измеримый (Measurable), Достижимый (Achievable), Реалистичный (Realistic), Ограниченный по времени (Time-limited).

Конкретная

Цель или план сфокусированы и конкретны, разбиты на небольшие ступени и изложены с точки зрения того, как, когда, где, с кем это произойдет или будет достигнуто.

Измеримая

Цель может быть описана и реализована достаточно подробно на поведенческом уровне, который можно оценивать и контролировать. Важным фактором при определении конкретных и измеримых целей является рассмотрение вопроса о том, являются ли цели приближения к чему-либо (стремлением к чему-либо) или целями избегания (попытками избежать чего-либо). Многие пациенты с депрессией и люди, которые руминируют, имеют цели, сфокусированные на избегании, а не на приближении. Изменение направленности пациентов от целей избегания к целям приближения — еще один способ определить избегание в качестве мишени в СРКПТ. При оценке целей бывает полезно спросить пациентов: «Вы пытаетесь получить то, что вам нужно, или избежать того, чего боитесь?»

Полученные данные свидетельствуют о том, что цели приближения полезнее, чем цели избегания, поскольку приводят к более хорошему настроению. Кроме того, целей приближения легче достичь, так как существует четкий и конкретный маркер успеха, в то время как цели избегания не имеют четко очерченной конечной точки, чтобы судить о том, когда вы были успешны, то есть вы никогда не дойдете до конца пути и можете потерпеть неудачу, но позже. Кроме того, цели избегания делают людей более сфокусированными на том, что что-то может пойти не так, поэтому они более чувствительны к негативной, нежели к позитивной информации. Например, «не впадать в депрессию» — цель избегания, как и «не расстраивать людей» или «не плакать так много». Важно реструктурировать эти цели как цели приближения, которые могут включать некоторые изменения (например, «Я хочу быть счастливым», далее определяется с точки зрения конкретных действий, которые пациент будет выполнять, если счастлив).

Достижимая

Цель может быть достигнута — желаемый результат доступен в среде и мире пациента. Это может произойти при условии, что он обладает навыками и способностями поступать правильно. Если достижение желаемого результата маловероятно, даже если пациент сделал все правильно, то цель не может считаться достижимой. Цели часто недостижимы, поскольку требуют, чтобы что-то вышло из-под контроля пациента (например, чтобы кто-то согласился на просьбу, когда все свидетельства указывают на то, что он не реагирует на просьбы, независимо от того, обоснованные они или нет). Например, было бы недостижимо ожидать, что агрессивный партнер перестанет быть агрессивным. Что бы ни делал пациент, эта ситуация вряд ли изменится. В таких случаях полезно переформулировать цель на уровне того, что непосредственно достижимо и находится в пределах контроля пациента. Например, когда возникают трудности с человеком, который склонен быть эгоистом и не слушать других, цель может заключаться в том, чтобы пациент обратился с просьбой, а не в том, чтобы другой человек согласился на нее. Рассмотрение этого аспекта целей важно, потому что он напоминает пациентам, что то, как реализуются планы, не полностью зависит от них и что даже не всегда получается поступать правильно. Это также полезно, потому что помогает пациентам увидеть, что они сделали все, что смогли. В ситуациях, когда один аспект среды вряд ли обеспечит желаемый результат, цель может быть с пользой пересмотрена путем фокусирования либо на изменении среды (например, разрыве отношений), либо на других аспектах среды (например, «Может ли кто-то другой оказать помощь и поддержку?»). Обычно цель более достижима, если фокусируется на внутреннем или инициированном пациентами изменении в поведении (чувствовать себя

увереннее и быть готовым справиться с работой, высылать заявки), а не изменении во внешних обстоятельствах (иметь работу), которое не может быть гарантировано.

Реалистичная

Может ли пациент сделать что-то для достижения цели? Реально ли для него попытаться достичь ее прямо сейчас? Если предположить, что цель достижима, обладает ли пациент навыками, способностями и знаниями для успеха? В идеале цель должна быть немного впереди того места, где сейчас находится пациент; это небольшой шаг вперед от положения в настоящем времени. Если цель, на первый взгляд, не реалистична, ищите то, что мешает ей быть таковой, и преобразуйте так, чтобы быть готовым столкнуться с препятствиями или определить новую промежуточную цель, постепенно приближаясь к изначально поставленной цели. Не ожидает ли пациент слишком много за короткий промежуток времени?

Ограниченная по времени (обусловленная контекстом)

У цели и плана есть временная последовательность для достижения и временные рамки того, когда они будут реализованы.

Этот подход к установлению целей должен быть детально обсужден, когда составляются планы в начале терапии. Пациентам также полезно просматривать мнемонику SMART всякий раз, когда их планы реализуются или проваливаются, чтобы они могли учиться на своем опыте и опираться на более полезные аспекты подхода SMART для будущих ситуаций. Раздаточный материал по определению цели (Раздаточный материал 3 «Постановка цели») содержит дополнительную подробную информацию об этом для пациентов, чтобы они могли читать ее в качестве домашнего задания.

Конфликт целей

Рассматривая руминацию и то, как люди ставят свои цели, терапевты могут захотеть изучить несколько дополнительных вопросов. Во-первых, как только они разобрались со всеми вопросами SMART, им нужно проверить, не конфликтуют ли цели пациентов друг с другом, так как это часто провоцирует возникновение руминации. Если есть противоречивые цели, пациенты должны пересмотреть и расставить приоритеты, исключив или изменив цели для устранения конфликта.

Примером противоречивых целей является желание правильно делать что-либо и желание никогда не расставаться с какими-то людьми.

Когда составляется список целей, полезно прямо спросить пациента, конфликтуют ли какие-либо из них друг с другом и противоречат ли они более общим ценностям. Например, терапевт может спросить:

Направлены ли какие-либо из этих целей в противоположные стороны?

Противоречат ли какие-либо из этих целей вашим убеждениям или ценностям?

Есть ли у вас более важные ценности, которые не учитываются в этих целях?

Если есть какие-либо противоречащие друг другу цели, терапевт помогает пациенту пересмотреть важность, реалистичность, достижимость и эмоциональное значение каждой, а затем найти более сбалансированные, неконфликтные версии. Это может включать в себя вопрос о том, каковы преимущества и недостатки каждой цели, достижима ли она и каковы могут быть более реалистичные их варианты.

Важно убедиться, что цели связаны с основными ценностями пациента. Их значение можно оценить, задав такие вопросы:

Что для вас важно?

Какие ценности придают смысл вашей жизни?

Какие ценности делают вашу деятельность стоящей?

В чем заключается цель вашей жизни? Что раньше определяло цель вашей жизни? Если бы вы могли сделать что угодно, что было бы для вас самым значимым? (Такие вопросы могут быть полезны в качестве альтернативы, если люди находятся в состоянии такой депрессии, что в настоящее время не могут даже распознать что-либо ценное.)

Отражают ли эти цели чьи-либо ценности?

Будет ли эта цель по-прежнему важна для вас, если никто не осознает ваш успех или неудачу?

Вы стремитесь к чужому одобрению или работаете ради собственных ценностей?

Вы были бы счастливы, если бы вам удалось достичь этой цели?

Вы были бы недовольны, если бы вам удалось достичь этой цели?

Была бы эта цель столь же важной, если бы она не привела к определенным результатам (например, похвала, успех, продвижение по службе, деньги)?

Домашняя работа

Домашнее задание на начальных ориентировочных сессиях, как правило, является относительно простым и направленным на дальнейшее психообразование и сбор информации действием, если только немедленно не предлагается простая и прямая интервенция, подразумевающая анализ трудностей пациента (см. главу 7). Общие планы выполнения домашних заданий включают в себя:

1. Для пациента — читать и готовить комментарии и вопросы по соответствующим раздаточным материалам (например, Раздаточный материал 1 «Основные факты о руминации»; Раздаточный материал 2 «Избегание» и Раздаточный материал 3 «Постановка цели»), которые подкрепляют идеи, высказанные в ходе сессии.
2. Для пациента — прослушать аудиозапись сессии, чтобы иметь возможность дальнейшего осмысления и повторения обсуждаемого.
3. Заполнение ежедневных бланков протоколов сфокусировано на сборе большего количества информации о характере руминации (то есть на форме отчета о примерах эпизодов руминации, их antecedентов и следствиях; см. главы 6 и 7 и Раздаточный материал 7, форма «Antecedent — Behavior — Consequence = ABC»). Такая форма логически строится на детальном анализе одного эпизода в сессии и способствует более детальному ФА.

Введение в самоконтроль

Предупреждающие знаки

Обучение пациентов умению обнаруживать ранние признаки руминации и избегания повышает их осведомленность о таком поведении и помогает им как можно скорее применять альтернативные стратегии. Осознание ранних

признаков снижает привычный характер руминации и избегания. Самоконтроль обычно становится первым домашним заданием наряду с прослушиванием аудиозаписей сессий. Пациентов, как правило, обучают самоконтролю в качестве первой интервенции в терапии.

Обоснование самоконтроля в руминации выглядит следующим образом (это обоснование легко скорректировать для разрешения проблемы избегания):

«Чем дольше продолжается негативное мышление, тем хуже оно становится, тем труднее его остановить и тем оно более автоматическое. И наоборот, чем чаще вы можете распознавать руминацию и чем больше о ней знаете, тем менее привычной и более слабой она становится. Чем раньше можно обнаружить первые признаки или триггеры негативного обдумывания, тем раньше его можно остановить и тем раньше заменить руминацию другой реакцией. Первый шаг в изменении любой привычки — лучше осознавать привычку и то, когда она возникает: без осознания ее практически невозможно изменить.

Выявление руминации как можно раньше, а затем проведение интервенции как можно быстрее имеет дополнительное преимущество продления периода времени без руминации. Кроме того, если вы неоднократно используете другую реакцию, когда появляются ранние признаки для руминации, эти триггеры связываются с позитивной реакцией, а не с руминацией. Таким образом, быть более осведомленным о триггерах для руминации имеет целый ряд преимуществ. Лучшее распознавание ранних признаков поможет вам “пресечь руминацию на корню”».

Понимание того, что руминация связана с определенными знаками и триггерами, поможет пациенту усвоить, что она есть процесс, а не гром среди ясного неба. Терапевт и пациент работают вместе, чтобы определить самые ранние знаки начала руминации. Терапевт должен перепроверить, что более ранний знак не может быть определен. Он сообщает пациенту, что руминация запускается спиралью взаимодействий между средой, межличностными реакциями, мыслями, образами, чувствами, поведением и ощущениями. Пациент должен контролировать все эти триггеры, внешние и внутренние.

Полезно использовать аналогию «охота на сокровища», где пациента просят искать знаки, приводящие к руминации и негативному мышлению. Спросите: «Какие новые, более ранние сигналы вы обнаружили на этой неделе?» Другие полезные аналогии — с детективом, ищущим подсказки, или ученым, проверяющим гипотезы и проводящим эксперименты, чтобы найти самые ранние предупреждающие знаки. При обсуждении домашнего задания в начале каждой

сессии терапевт проверяет, заметил ли пациент какие-либо более ранние предупреждающие знаки на этой неделе.

Терапевт призывает пациента записывать знаки и триггеры в качестве домашнего задания в течение нескольких недель. -Такое задание может включать в себя ведение расширенного списка замеченных знаков и сигналов (например, списка триггерных знаков) или ведение дневника руминации, в котором пациент отмечает ключевые эпизоды руминации как часть еженедельной оценки самоконтроля (Раздаточный материал 6 «Форма записи эпизодов руминации»). После начала самоконтроля важно проанализировать, как он происходит в начале следующей сессии терапии и наблюдаются ли какие-либо новые знаки. Раздаточный материал 4 «Самоконтроль» может способствовать данному обсуждению.

Оценка руминации

Мы используем две разные формы записи для мониторинга руминации в СРКПТ. Первая форма — Раздаточный материал 5 «Отслеживание руминации и избегания» — оценивает частоту, продолжительность, интенсивность и управляемость руминации. Она помогает определить, меняется ли руминация еженедельно в течение терапии, и, таким образом, оценить, являются ли интервенции эффективными. Такое измерение более чувствительно к изменениям, чем стандартное измерение депрессивной руминации — Опросник стиля реакции (ОСР), потому что оно оценивает количество руминации за последнюю неделю, а не общую тенденцию. Более того, ОСР оценивает только частоту руминации; форма отслеживания руминации и избегания оценивает другие важные измерения, такие как продолжительность руминации, насколько она разрушительна и насколько много контроля над ней у пациента. Доказана полезность этого, последнего рейтинга. Пациенты часто сообщают об усилении контроля над руминацией, прежде чем изменятся другие показатели.

Вторая форма — Раздаточный материал 6 «Форма записи эпизодов руминации» — фиксирует примеры руминации, как и форма мониторинга мыслей, она предназначена для фиксации примеров негативного мышления, с акцентом на записи antecedents, поведения и следствий. На рисунке 5.1 показана форма с образцами записей. Она помогает пациенту проработать ABC ФА и содержит дополнительные примеры для рассмотрения на следующей сессии терапии.

Когда пациенты начинают следить за своей руминацией, они больше узнают о ней и нередко замечают, что она происходит чаще, чем они осознавали. Это

помогает подчеркнуть важность борьбы с руминацией. Некоторые пациенты извлекают пользу из повышения уровня осведомленности, так как начинают спонтанно и сознательно контролировать руминацию, прилагают усилия для контроля над средой (см. пример Эмили в главе 7). Тем не менее повышение осведомленности о частоте и интенсивности руминации заставляет некоторых пациентов чувствовать себя хуже и становится причиной дальнейшего непрерывного обдумывания («руминация о руминации», см. пример Анны в главе 6, с. 190–198). Полезно противостоять этой первичной негативной реакции на самоконтроль и открыто предупреждать пациентов, что поначалу самоконтроль может заставить их чувствовать себя хуже, поскольку из-за него они становятся более осведомленными о своих проблемах.

Помимо оценочного интервью, другие дневники самонаблюдения полезны для измерения руминации и отслеживания ее изменений во время терапии. Стандартным устоявшимся измерением руминации и беспокойства являются ОСП (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Treynor et al., 2003) и Опросник беспокойства Пенсильванского университета (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990).

Дата	Время	Что произошло непосредственно перед тем, как началась руминация?	Как вы себя чувствовали и до этого?	Продолжительность	О чем вы думали?	Какие были последствия руминации для настроения и действий?	Что остановило руминацию? Что вы пытались сделать, чтобы ее остановить?
10/5/15	22:00	Пошел спать	Тревожным, грустным	2 часа	Почему я так плохо себя чувствую? Почему я не могу уснуть? Обо всем, что я не сделал сегодня	Не мог спать. Чувствовал себя хуже	В конце концов уснул после приема снотворного
10/22/15	14:00	Неудачное собеседование	Грустным	5 часов	Я никогда не получу работу. Что я сделал неправильно?	Ощущал сильную депрессию	Позвонил другу — почувствовал себя лучше после разговора с ним

Рис. 5.1. Пример частично завершенной формы записи эпизода руминации

Глава 6. Функциональный анализ руминации

Основные шаги по проведению функционального анализа руминации

Функциональный анализ (ФА) руминации изучает ее контекст и изменчивость в личном опыте человека и использует это для управления интервенциями. Центральное значение здесь имеет определение antecedентов и следствий руминации, триггеров руминации и формулирование ее возможных функций, формализованных в рамках анализа ABC, описанного в главе 3. Параллельно анализ КПРА стремится определить, при каких условиях происходит руминация (когда, где, как, с кем), а при каких — нет, какие условия влияют на ее дифференцированные результаты (когда она кратковременная по сравнению с длительной; полезная или бесполезная). (Изначальное описание ABC см. в главе 3; Раздаточный материал 7, форма «Антецедент — поведение — следствие» (ABC), которая помогает проведению анализа ABC терапевтом и/или пациентом; табл. 6.1 для подробного руководства по анализу ABC для терапевта.) В совокупности ABC и КПРА создают основу для базовых шагов в рамках ФА: компоненты Контекста и Полезности КПРА пересекаются с ABC-анализом при рассмотрении antecedентов и следствий, а другие элементы КПРА рассматривают изменения в обстоятельствах между теми периодами, когда руминация происходит или нет.

Проводя ФА, терапевт обычно начинает с краткого общего обзора руминации и того, когда она происходит и не происходит (см. главу 4). Например, он спрашивает пациента о том, когда и где руминация возникает и не возникает. Следующим шагом является выявление и описание нескольких конкретных недавних примеров ее эпизодов. Терапевт использует сократический метод, чтобы наметить конкретные и специфические детали ее последовательности и процесса, включая antecedенты и следствия руминации момент за моментом для каждого эпизода, не погружаясь в обсуждение содержания. Во время этого исследования он ищет общие этапы, триггеры, предупреждающие знаки и следствия руминации (ABC; см. табл. 6.1; Раздаточный материал 7, форма «Антецедент — поведение — следствие» (ABC) и рис. 6.1 и 6.2 для завершенных примеров) перед тем, как изучить ситуации, в которых она меняется и прекращается (КПРА; Подробное руководство терапевта по анализу КПРА см. в табл. 6.2). На протяжении всего опроса терапевт моделирует и обучает пациента подходу конкретности, задавая активные, конкретные, эмпирические, специфические и сфокусированные на процессе вопросы (см. Правило АКЭС в главе 3).

Терапевт стремится определить отличные, альтернативные примеры, чтобы сравнить изменчивость в руминации и определить ее потенциальных модераторов. Так, он начинает с примера руминации, когда пациент застрял на предыдущей неделе, и подробно прорабатывает его, особенно в отношении antecedентов и следствий. Затем терапевт спрашивает и прорабатывает альтернативный пример, в котором фокусирование на аналогичной проблеме было гораздо более коротким или имело позитивные следствия, такие как эффективное решение проблемы или даже аналогичная ситуация, вызвавшая руминацию, когда пациент хорошо справлялся без руминации. Сравнение любой из этих ситуаций с эпизодом бесполезной руминации подскажет, как контекст среды или собственные реакции пациента влияют на то, происходит ли руминация вообще, как долго она продолжается, полезная она или нет.

ФА предложит изменения в среде или в поведении пациента, которые могут уменьшить руминацию (см. главу 7). Затем разрабатываются планы внедрения этих изменений для проверки гипотетических функций и проверки того, способствуют ли изменения ожидаемой пользе. Формулировки и планы затем обновляются с учетом того, были изменения полезными или нет.

Следующие разделы более подробно описывают каждый этап всеобъемлющего ФА (antecedенты и контексты; следствия и полезность; развитие руминации; альтернативные варианты) — с примерами полезных вопросов. Хотя эти вопросы сфокусированы на руминации, замена слов, относящихся к ней, словами, сфокусированными на избегании, делает эти вопросы подходящими для ФА избегания. В течение всего процесса ФА рекомендуется, чтобы терапевт резюмировал то, что говорит пациент, и обеспечивал хорошую обратную связь для дальнейшего вовлечения и социализации пациента в модель лечения.

Общие вводные вопросы к контексту и функции руминации

Какие отличия вы замечаете в характере своего мышления, когда у вас плохой день — по сравнению с тем, когда у вас один из лучших дней?

Вы когда-нибудь руминируете / бываете поглощенным чем-то / заикливайтесь на чем-либо в своих мыслях и не можете избавиться от этого?

Какие события или ситуации вызывают повторяющееся мышление?

О чем вы постоянно думаете? Можете ли вы привести -пример?

Когда вы за цикливайтесь на чем-то в своих мыслях, что делаете, чтобы избавиться от этого?

Что происходит, когда вы бываете поглощены чем-либо и останавливаетесь на чем-то снова и снова? К каким последствиям это приводит?

Какое влияние (если оно есть) это оказывает на ваше настроение или действия?

Что помогает вам прекратить руминировать/избавиться от за цикленности?

Есть ли стратегии, которые вы используете, чтобы попытаться избежать руминации / постоянного обдумывания чего-либо?

Таблица 6.1. Антецедент — поведение — следствие: руководство терапевта

Для терапевта последовательность анализа ABC следующая:

1. Проведите детальный анализ антецедентов, поведения и его следствий.
2. *Сформулируйте функцию поведения* (то есть руминации).
3. Обсудите функцию с клиентом и проверьте ее правдоподобность.
4. Соотнесите с общей формулировкой СРКПТ функции поведения, его антецеденты и следствия, а также идеи руминации как привычки.
5. Ознакомьте клиента с идеей самостоятельно применять ABC.
6. Используйте совместно определенное понимание функции для создания и составления планов:
 - 1) Вместе создавайте альтернативные варианты поведения, чтобы заменить бесполезное поведение, удовлетворяющее существующим функциям. Если это сложно, нужно повторить ABC для похожего антецедента/ситуации с более позитивным следствием («Можете ли вы вспомнить моменты, когда испытали эти антецеденты и сделали что-то еще, что привело к более позитивным последствиям?») Затем это может привести к плану «если..., то...».
 - 2) Свяжите факторы среды, которые предшествуют поведению, определенному в качестве мишени терапии, а затем устраните/увеличьте, чтобы сократить/усилить поведение, выбранное в качестве мишени, с этими изменениями, запланированными в планах действий и домашних заданиях.

Изучение антецедентов и контекста

На этой стадии ФА терапевт стремится определить, в каких контекстах происходит руминация, и конкретнее — какие события, действия, эмоции, мысли или физические ощущения являются предшествующими сигналами или триггерами для руминации. Он хочет уточнить, когда, где, как и с кем происходит

руминация и когда, где, как и с кем она не происходит. Для данного этапа ФА проведение анализа ABC пересекается с вопросами о контексте в мнемонике КПРА.

Полезные вопросы:

Что вы делали, когда начали так думать?

При каких условиях вы руминируете или не руминируете?

Когда, где, с кем вы руминируете?

Какие вопросы вы задаете себе?

Какие ситуации подтолкнули вас к руминации?

Что происходит, когда вы руминируете?

Что происходит дальше?

Какие у вас мысли?

Что вы делаете, когда у вас появляется такая мысль?

Изучение следствий и полезности

Терапевт стремится определить, как руминация помогает или мешает пациенту получить то, что он хочет. В основе всех следующих вопросов лежит попытка выдвинуть гипотезу о том, какой может быть функция руминации (или любое поведение, определенное в качестве мишени терапии в ФА). Вопрос, который лежит в основе концептуализации руминации: «Какая функция у этого поведения?» Я рекомендую терапевтам не задавать пациентам данный вопрос прямо, потому что такой подход несколько технический. Более того, пациенты не всегда будут знать, какое влияние на них оказывает руминация. Скорее терапевт выдвигает гипотезу о возможной функции, основываясь на понимании antecedents и следствий. Для данного этапа ФА проведение анализа ABC пересекается с вопросами о полезности в мнемонике КПРА.

Полезные вопросы:

Что происходит после руминации?

Какой эффект она имеет?

Давайте рассмотрим, как вы ее используете?

Полезна ли руминация?

Какие последствия такого поведения?

Какие ее плюсы и минусы?

Чего вы, возможно, избегаете?

Что бы вы сделали, если бы не руминировали?

Что она вам мешает делать?

Вы что-нибудь выяснили?

Какие преимущества имеет руминация?

Какие недостатки имеет руминация?

Что вы приобретаете / чего избегаете из-за постоянного обдумывания чего-либо?

*Как вы думаете, что может случиться, если вы не будете руминировать?
Какие могут быть недостатки в том, чтобы попытаться не руминировать?*

Может ли с вами случиться что-нибудь плохое, если вы позволите себе руминировать?

Может ли случиться что-нибудь плохое, если вы прекратите руминировать?

Что было бы полезнее сделать?

Вам помогает руминация?

Форма ABC (см. Раздаточный материал 7, форма «Антецедент — поведение — следствие» [ABC]) предназначена для компонентов ФА, таких как антецедент и следствие, — для конкретных событий. При выполнении анализа ABC терапевт может работать через форму ABC вместе с пациентом. В качестве

альтернативы, при детальной разработке последовательности конкретного эпизода руминации он может предложить убедиться в том, что вся соответствующая информация для анализа ABC естественным образом появлялась во время потока вопросов. После этого форма ABC заполнена.

Таблица 6.2. КПРА: Руководство терапевта

Мнемоника для дальнейшего содействия и расширения использования функцио-нального анализа:

- **Контекст**, влияющий на поведение, определенное в качестве мишени терапии:
 - Уточнение, что и когда произошло; где, как и с кем *оно происходит* и когда, где, как и с кем *оно не происходит*.
 - Что предшествует ему / является триггером для него?
- **Полезность/функция** руминации или избегания:
 - Какова может быть функция/задача/цель поведения?
 - Каковы следствия/результаты, плюсы/минусы или полученные выгоды поведения?
 - Что избегается/приуменьшается/преувеличивается?
- **Развитие** поведения:
 - Когда оно началось?
 - Как оно было выучено? От кого?
 - Первое воспоминание о поведении?
 - Тогда оно было полезно? Что избегается/приуменьшается/преувеличивается?
- **Альтернативное** поведение или действия:
 - В чем отличия между промежутками временами, когда поведение продолжительное/недолгое / полезное/бесполезное?
 - Что может прервать или остановить поведение?
 - Что случилось перед тем, как пациент прекратил свое поведение?
 - Сосредоточьтесь на изменчивости.

Изучение развития руминации

При формулировании функции руминации полезно знать, когда она началась и следовала ли она из конкретного опыта научения. Терапевт ищет, был ли конкретный усиливающий результат, когда пациент руминировал в прошлом, что проливает свет на функцию руминации. Он также проверяет, была ли она результатом моделирования значимого члена семьи, например когда пациент копирует ее от родителя. Этот фон развития помогает социализировать пациентов в идею о том, что руминация и избегание — выученное поведение и могут быть заменены новыми привычками (см. главу 5, посвященную обоснованию терапии).

Полезные вопросы:

Когда началась руминация?

Как долго у вас была такая склонность к руминации?

Когда появилась тенденция к руминации?

Что тогда происходило?

Где и от кого вы могли бы научиться такому способу реагирования?

Какое у вас первое воспоминание о руминации?

Что тогда происходило?

Кто-нибудь из ваших близких родственников склонен беспокоиться или руминировать?

Изучение альтернативных вариантов

Акцент на альтернативных вариантах критически важен для -определения того, что может влиять на изменчивость и результат руминации. Спрашивая пациента о его вариантах и альтернативах, а также о тех периодах времени, когда он успешно контролировал руминацию, вы направляете усилия на разработку более эффективных интервенций. Большинство пациентов имеют эпизоды руминации, которые различаются по длительности и полезности. Руминация часто начинается как реакция на проблемную ситуацию, а затем иногда продолжается

часами с прежней силой, хотя в другое время она прекращается относительно быстро.

Кроме того, иногда полезно размышлять о чувствах и проблемах. Поскольку как конструктивная, так и неконструктивная руминация начинается в виде попытки разрешения проблемы, крайне важна способность различать полезное и бесполезное мышление во время руминирования (например, конкретные или абстрактные стили), а также разрешимые проблемы и вопросы, на которые нет ответов. Плохое разграничение приводит к менее эффективному решению, а также к появлению руминации с позитивными результатами, усиливающими менее адаптивные приступы. Чем больше терапия помогает пациентам выявлять, различать и извлекать уроки из этих отличий в периодах руминации, тем легче они перейдут к адаптивным моделям мышления. Таким образом, научиться понимать, когда полезно долго обдумывать что-либо, а когда — бесполезно, — практический результат ФА.

Вопросы о вариантах и альтернативах направляют пациента к более активному и сфокусированному на решении подходу. Основной упор делается на выявление и оценку изменчивости (например, чем отличаются периоды, когда руминация относительно короткая по сравнению с длительной или приводит к полезным следствиям — по сравнению с бесполезными?).

Терапевту важно изучить, что происходит непосредственно перед тем, как руминация прекращается, связано ли это с внешним прерыванием (например, звонок другу) или с переходом к более полезному мышлению (например, «я начал думать о том, что мог бы сделать дальше»). Выявление полезных мыслей в конце приступа руминации и поощрение их использования в качестве четко разработанной стратегии ранее в руминативной последовательности может исключить бесполезную часть приступа руминации, значительно сократив ее продолжительность.

На данном этапе ФА полезно сравнить несколько эпизодов руминации, каждый — со своим отдельным результатом, и провести подробный микроанализ всех эпизодов. Чтобы изучить недавний пример руминации, следуйте обычной процедуре КПТ, которая предполагает вопросы о том, что произошло момент за моментом дальше, в последовательности мыслей, чувств и поведения (см. главу 4). Подробно обсудив недавний эпизод руминации, который был продолжительным и бесполезным, терапевт спрашивает о контрастирующем эпизоде более краткого или полезного эпизода руминации после аналогичного события. Полезным руководством для этой линии вопросов является форма «Быть более эффективным» (см. Раздаточный материал 8 «Быть более эффективным» и Раздаточный материал 9, форма «Быть более эффективным»).

Она сравнивает контрастирующие и несовпадающие события, чтобы исследовать изменчивость. Как правило, терапевт сначала вместе с пациентом заполняет форму во время терапевтической сессии. По мере того как пациент больше знакомится с ФА, он сам заполняет форму — как часть домашнего задания. Раздаточный материал 8 «Быть более эффективным» содержит объяснение подхода ФА.

Полезные вопросы для изучения вариантов:

Когда вы обдумывали что-либо дольше (меньше) по времени?

Какие отличия, когда вы обдумываете что-либо в течение длительного времени, по сравнению с коротким периодом?

Чем отличаются периоды времени, когда вы обдумываете проблемы снова и снова без какого-либо прогресса и когда обдумывание приводит к чему-то полезному?

Есть ли разница в том, что вы делаете?

Есть ли разница в том, о чем вы думаете?

Есть ли разница в том, как вы думаете об этом?

Что вы говорите себе?

На что вы обращаете внимание?

Как вы думаете об этом?

Другие полезные вопросы для поиска альтернатив:

Что вы делаете, чтобы остановить руминацию?

На чем вы фокусируете внимание при руминации?

Как вы решаете, игнорировать мысль или остановиться на ней?

Что определяет, переходите вы к составлению плана или продолжаете думать снова и снова об одном и том же?

Есть ли эпизоды, когда руминация длится гораздо продолжительнее/короче, чем другие?

Что меняется в промежутке между этими периодами времени?

Что может прервать или прекратить руминацию?

Можете ли вы отсрочить руминацию?

Как руминация доходит до конечной точки?

Что произошло перед тем, как вы перестали руминировать?

Что вы делаете такого, что оказывает влияние на этот процесс?

Какие еще варианты у вас есть?

Что вы могли бы сделать, вместо того чтобы постоянно обдумывать проблему?

Как разрешить проблему, которую вы обдумываете?

Чем отличались периоды времени, когда вы быстро достигали конечной точки, и периоды, когда это происходило более медленно?

Что произошло непосредственно перед тем, как вы сделали какие-то выводы и/или составили план?

Что мешает вам реализовать намерение или план?

ФА избегания

Для анализа избегания используется тот же подход, что и для изучения руминации.

Вопросы, полезные для оценки избегания:

*Как изменилось ваше поведение с тех пор, как у вас началась депрессия?
Есть ли что-нибудь, что вы перестали делать с тех пор, как началась депрессия?*

Когда вы в последний раз это делали? Что вы тогда чувствовали?

Каковы причины того, что вы решили не делать _____?

Чем, приносящим вам удовольствие, вы занимаетесь сейчас?

Какие занятия вам нравились до того, как началась депрессия?

Есть ли виды деятельности, которых вы начали избегать с тех пор, как началась депрессия?

Есть ли виды деятельности, которые вы стали откладывать?

Что происходит, когда вы избегаете делать что-либо? В краткосрочной перспективе? В долгосрочной перспективе?

Что происходит, когда вы активнее?

Когда вы чувствуете себя лучше или хуже?

Если вы попытаетесь сделать _____ сейчас, что, по-вашему, произойдет?

Что самое страшное вы можете себе представить?

Есть ли определенное время дня, когда вам легче или сложнее действовать? Или выполнять задачи легче или сложнее?

Какие преимущества того, чтобы не делать или избегать чего-либо? Что из этого получится?

Есть ли виды деятельности, которые больше привлекают вас после того, как началась депрессия? Есть ли типы поведения, которые стали больше свойственны вам после того, как началась депрессия?

Подобно тому как полезен еженедельный мониторинг руминации, еженедельный самоконтроль избегания помогает пациентам сфокусироваться на более продуктивных способах действий и определять, является ли лечение эффективным.

Пример: случай Анны

Анна — 45-летняя разведенная женщина. В настоящее время живет одна. Работает полный рабочий день в магазине. Она испытывает эпизод довольно тяжелой депрессии (оценка по Шкале депрессии Бека = 36), характеризующейся высоким уровнем самокритики и перфекционизма. Избегает выходить из дома и

пробовать что-то новое. Анна сообщает о достаточно высоком уровне тревоги. Она признает, что много руминирует и что это — проблема.

Начальные терапевтические действия привели к соглашению о том, что руминация является ключевой трудностью и что Анна и терапевт вместе будут работать над этим. Они также обсудили идею о том, что руминация — это привычка. Типичное содержание руминативного приступа включает «Почему я не могу чувствовать себя лучше?»; «Почему это так сложно?»; «Почему я не могу прекратить руминировать?»; «Почему я воспринимаю это гораздо тяжелее, чем другие люди?»; «Почему все так сложно?»

Как правило, руминация Анны усиливается, когда она дома, вечером и по выходным. И становится гораздо меньше, когда Анна поглощена работой, общается с клиентами и занимается оформлением витрин магазина. Характерные триггеры для ее руминации — смотреть на беспорядок дома или думать о том, чего она не достигла. Предупреждающие знаки включают в себя физические ощущения, такие как пустота и «бабочки» в животе, чувство истощения и вялость. Анна часто думает обо всем, что ей приходится делать, и ее захватывают мысли в попытках решить, чем заняться сначала, а потом оказывается втянутой в руминирование на тему «что делать дальше». В выходные становится хуже, когда она чувствует себя плохо, если не убирается, и чувствует себя виноватой, если пытается получить удовольствие. Раньше она наслаждалась некоторыми творческими занятиями, такими как приготовление пищи, но больше не делает этого; теперь она фокусируется только на самых простых и быстрых в приготовлении блюдах. Когда Анна пытается заниматься творческой деятельностью дома, та сопровождается мыслями о том, как это тяжело и что она должна делать что-то другое.

В ее анамнезе — мать, которая всегда много беспокоилась и проводила время, думая о чем-то. Анна описывает себя как всегда беспокоящуюся.

Анализ конкретного примера руминации

Терапевт ищет пример руминации, чтобы подробно изучить его с Анной, и замечает, что пациентка, возможно, руминирует, когда они просматривают ее еженедельную запись. Это используется как возможность задать вопросы об эпизоде руминации.

Терапевт: Что вы замечаете, просматривая записи за неделю?

Анна: Я руминирую очень часто, почти все время. Я не знала, что так много руминирую. Ситуация вышла из-под контроля. Руминация — серьезная проблема.

Терапевт: Дает ли запись какие-то подсказки о том, когда вы меньше руминируете?

Анна: *(долгая пауза и молчание, выглядит тревожно, замкнуто)* Такое ощущение, что я делаю это постоянно.

Терапевт: Сейчас, когда мы начали вместе просматривать ваши еженедельные записи о руминации, я хотел бы знать, начали ли вы руминировать. У меня такое чувство, что вы немного озабочены чем-то, обеспокоены и замкнуты. *(Замечает, что у Анны меньше зрительного контакта, она выглядит напряженной и стала молчаливой.)* Я что-то улавливаю или ошибаюсь?

Анна: Нет, вы правы. Меня беспокоит, как много я руминирую. Я была удивлена тому, как часто это происходит.

Терапевт: Люди очень часто начинают наблюдать за своей руминацией. Наблюдение помогает им осознавать ее, стать более осведомленными о том, когда она произойдет, — это первый шаг к тому, чтобы изменить ее, поэтому лучше побольше -узнать о вашей руминации. Безусловно, проходить через такой опыт не очень приятно, но он дает шанс понять и изменить ситуацию. Поскольку это происходит прямо сейчас, у нас есть прекрасная возможность попытаться лучше понять, что происходит, и посмотреть, как мы можем это изменить. Вы в состоянии это сделать? Что первое пришло вам на ум, когда началась руминация?

Анна: Дальше будет хуже.

Терапевт: Что еще вы замечаете, когда думаете, что дальше будет еще хуже, например какие-либо физические ощущения, чувства или эмоции?

Анна: У меня появляется ощущение пустоты в животе и «бабочки». Я чувствую, что мое внимание сужается, и тогда я думаю только об этих проблемах.

Терапевт: Какие мысли последовали сразу после мысли «Дальше будет еще хуже»?

Анна: Почему я так часто это делаю? Почему не могу остановить руминацию? Я, должно быть, очень слабовольная.

Терапевт: Эти мысли все еще приходят к вам в голову?

Анна: Да, я хочу узнать, почему руминирую. Почему не могу просто остановить ее? Почему это так сложно? Почему у меня возникают такие трудности, а у других людей — нет? Вы знаете, почему я продолжаю это делать?

Терапевт: Похоже, мысли, которые ходят по кругу, свойственны вам и имеют для вас большое значение. Мы могли бы легко вступить в дискуссию о смысле и причинах руминации. Интересно, была бы полезна такая дискуссия — ведь думать о причинах и смыслах происходящего и спрашивать «почему?» — то, чем вы занимаетесь постоянно, без особого успеха. Я полагаю, эти вопросы возникают снова и снова и остаются без ответа. Правильно?

Анна: *(Кивает, по-прежнему выглядит задумчивой.)*

Терапевт: Возможно, было бы полезно попробовать другой подход. Вместо того чтобы рассматривать причины, по которым происходит руминация, попытаться проследить момент за моментом, как она происходит. Затем мы можем рассмотреть способы прекращения этого процесса, даже не зная, почему так происходит. Вы можете обратиться к своему непосредственному опыту в данный момент, чтобы проследить всю последовательность мышления и найти способы выйти из него? Что вы думаете о том, чтобы попробовать?

Анна: Хорошо.

Терапевт: Что вы сейчас испытываете?

Анна: Что беспокойство говорит обо мне? Почему я — такой плохой пациент? Почему не могу просто приказать себе -остановиться? Что во мне такого, что сохраняет руминацию?

Терапевт: Я начинаю понимать, насколько продолжительно и сильно вы испытываете беспокойство. Это также дает четкое представление о том, как вы постоянно обдумываете что-либо, при этом возникает большое количество мыслей о том, почему так происходит и что это говорит о вас как о человеке. Вы задаете себе много вопросов по поводу вашей руминации. Вы получили на них ответы?

Анна: Я продолжаю возвращаться к этому, потому что я не в порядке.

Терапевт: Что вы чувствуете сейчас, когда останавливаетесь на этих мыслях?

Анна: Я все больше и больше расстраиваюсь, и тревожусь. Эти проблемы кажутся непреодолимыми.

Терапевт: Хорошо, мы видим, как руминация снижает ваше настроение.

Анна: Я должна постараться остановить ее.

Терапевт: Что бы произошло, если бы вы так не думали?

Анна: Я не знаю, как это сделать. Все происходит автоматически.

Терапевт: Похоже, часть ответа на вопрос, почему так трудно изменить руминацию, кроется в том, что она стала ментальной привычкой, автоматически возникающей под воздействием определенных обстоятельств, например, когда вы тревожитесь или ожидаете худшего. Привычки сохраняются, даже когда мы не хотим этого, и их сложно изменить. Чтобы изменить, мы должны быть хорошо осведомлены о привычке и ее триггерах с целью изменить рутину. Вот почему мы пытаемся отследить последовательность вашей руминации. Вам не кажется это привычкой?

Анна: Да, так и есть. Но почему мне намного труднее, чем другим людям?

Терапевт: Интересно то, что вы только что сказали, — вы заметили, что только что задали другой из вопросов типа «Почему это так сложно?»? Это говорит о том, что они стали привычкой, которая возникает без раздумий, и о том, что нам нужно внимательно наблюдать за ней. Часто привычки укрепляются, потому что прежний опыт привел нас к тому, чтобы научиться

им, или потому, что привычки дают некий эффект, поддерживающий их сохранение, даже когда они бесполезны. Например, у нас могут появиться вредные привычки, такие как перекусывать, даже когда мы этого не хотим, потому что входим в рутину перекусов, когда чувствуем себя скучно и потому что они временно отвлекают нас. В этой ситуации кто-то может почувствовать, что потерял бы источник облегчения или удовольствия, если бы перестал перекусывать. Вы что-нибудь потеряете, если перестанете останавливаться на вопросах типа «Почему я не могу перестать это делать?»?

Анна: Я не уверена.

Терапевт: Каковы будут следствия того, что мы не фокусируемся на этих проблемах?

Анна: Размышляя над этим, я, возможно, не понимаю, что со мной происходит. Часть меня считает, что я бы не -воспринимала это всерьез, если бы не продолжала думать об этом.

Терапевт: Позвольте мне подытожить пример, чтобы увидеть, все ли я правильно понял. Руминация началась, когда вы поняли, как часто руминируете, и вы начали «руминировать о своей руминации», с большим количеством вопросов «Почему я делаю это?» и «Почему я не могу остановиться?». Это соответствует идее, что руминация — автоматическая привычка, которая применяется, что бы ни случилось. Данный приступ начался с чувства опустошения и катастрофической мысли, что все станет еще хуже, так что речь может идти о предупреждающих знаках для привычки руминировать. Это заставило вас почувствовать себя более подавленной, а ваши проблемы показались еще более серьезными. Также есть ощущение, что вам нужно пытаться действовать и понять, что происходит, и что если бы вы не размышляли о руминации, не восприняли бы это достаточно серьезно. Это ставит вас в ироническую позу — пытаться уменьшить руминацию, думая о ней еще больше. Правильно ли я все рассказал? Есть ли что-то, в чем я ошибся?

Анна: Нет, все правильно.

Терапевт: Насколько полезно задавать себе такие вопросы? Полезны ли они?

Анна: Не совсем. Я не прихожу к большему пониманию.

Терапевт: В отличие от этого, какой эффект был при отступлении от данного действия и отслеживании последовательности руминации в деталях?

Анна: Я чувствую себя немного лучше, но все еще беспокоюсь о том, как сильно руминирую. Почему я не могу перестать это делать?

Терапевт: Видите ли вы, что сейчас возник один из вопросов «почему»? Это указывает на то, с какой сильной привычкой мы имеем дело. Чтобы изменить ее, нужно заметить, когда она возникает, и разобрать последовательность. Для этого давайте подробно рассмотрим еще один недавний пример, чтобы понять, чему можно научиться и есть ли похожие паттерны для данного примера. Анна, можете ли вы вспомнить другой случай, когда вы снова и снова погружались в свои мысли?

Анна: Да, я беспокоилась о том, какой был беспорядок дома в воскресенье.

Терапевт: Что происходило непосредственно перед тем, как вы начали заикливаться? Где вы были? Что делали?

Анна: Я сидела в гостиной, пересматривала список необходимых дел по дому. Мне нужно было постирать, вымыть посуду, пропылесосить и оформить документы.

Терапевт: Какие мысли у вас тогда возникали?

Анна: Я думала: «Так много дел»; «С чего начать?»

Терапевт: И что вы чувствуете сразу после того, как у вас возникают такие мысли?

Анна: Я чувствую себя виноватой в том, что не делаю работу, и начинаю беспокоиться о том, чтобы сделать ее.

Терапевт: Какой первый знак вызывает у вас беспокойство?

Анна: У меня появляется ощущение пустоты в животе.

Терапевт: И что следует за первыми мыслями?

Анна: Я начинаю думать о том, чтобы расставить приоритеты разных работ, попытаться выяснить, с чего начать.

Терапевт: И что происходит дальше?

Анна: Я думаю: «А если я выберу неправильный вариант? Что правильно делать?»

Терапевт: Итак, вы начинаете думать обо всех делах по дому, которые нужно сделать, а затем пытаетесь выяснить, с чего начать. За этим следуют вопросы, что произойдет, если я не то сделаю. Правильно?

Анна: Да.

Терапевт: И что происходит дальше, когда вы продолжаете заострять внимание на этом?

Анна: Все переходит в «Почему так сложно?»; «Почему я не могу начать?»; «Я должна быть в состоянии сделать это»; «Почему я такая ленивая?»; «Почему я такая слабая?»; «Мне нужно стараться больше».

Терапевт: Как эти мысли заставляют вас чувствовать себя?

Анна: Подавленной, усталой и немотивированной.

Терапевт: И как долго вопросы «Почему это так тяжело?» и «Почему я не могу это сделать?» продолжались в воскресенье?

Анна: Я несколько часов просидела в гостиной и ничего не делала, чувствовала себя хуже.

Терапевт: И какой эффект это оказало в целом?

Анна: Я так устала, что пошла вздремнуть. Я не чувствовала, что могу что-то сделать.

Терапевт: Какие были последствия вопросов «почему»?

Анна: Мне было трудно что-либо делать.

Терапевт: И как прекратилась руминация?

Анна: В конце концов я так устала, что заснула.

Терапевт: Мы видим, что есть явные недостатки этого беспокойства, потому что оно заставляет вас чувствовать себя подавленной и немотивированной. Возвращаясь к более раннему примеру, вы думаете, что может быть какая-то польза от руминации?

Анна: Я не уверена. Я хотела бы делать это реже.

Терапевт: Что бы вы сделали, если бы не руминировали?

Анна: Я бы, наверное, почувствовала себя лучше и сделала бы больше дел.

Терапевт: Что бы произошло, если бы вы так не думали? Могло ли произойти что-нибудь плохое?

Анна: Меня всегда беспокоит, что я могу ошибиться. Я хочу чувствовать себя уверенной в том, что делаю правильные вещи, прежде чем начать делать что-либо, и предпочитаю сначала рассмотреть все варианты.

Терапевт: Значит, если постоянно думать о том, что вы могли бы сделать, разные варианты, и то, с чего начать, это может повысить вашу уверенность в правильном выборе дел. И если бы вы не обдумывали их, могли бы почувствовать, что не нашли правильный способ начать, и ощутили бы себя менее уверенной в том, что делаете. Все обстоит примерно так?

Анна: Да.

Терапевт: А как насчет других моментов, когда вы заикливайтесь? У вас было много мыслей «Почему я такая слабая?»; «Почему я такая ленивая?» Возникает вопрос, какие преимущества они могут иметь? Может ли произойти что-то плохое, если вы не будете постоянно их обдумывать?

Анна: Я не знаю. Мне кажется, я должна задавать себе эти вопросы — их очень трудно остановить, они продолжают приходить в голову.

Терапевт: Такое возникновение мыслей в вашей голове соответствует идее о том, что это привычка. Интересно, стоит ли задавать себе подобные вопросы, чтобы избежать чего-то нежелательного? Мы часто сталкиваемся с тем, что люди приобретают повторяющиеся привычки вроде этой, так как они вызывают ощущение большей безопасности. Может ли это относиться к вам — что, вероятно, есть риск, если не задавать себе эти вопросы?

Анна: Я могла бы быть еще более ленивой и слабовольной, если бы не продолжала думать о том, что мне нужно делать. Если бы я постоянно не обдумывала эти вещи, возможно, расслабилась бы еще больше и просто стала бы полной неряхой. Мне нужно напоминать себе о том, что я должна сделать.

Терапевт: Это интересно. Похоже, непрерывные размышления о том, почему вы не делаете что-либо, может быть попыткой помешать себе стать хуже и заставить себя сделать больше. Правильно?

Анна: Да.

Терапевт: Насколько полезна руминация для вас? Действительно ли она облегчает выполнение ваших задач — с точки зрения мотивации к действию?

Анна: Нет, я чувствую себя хуже.

Терапевт: Это может быть стратегия, которую вы привыкли использовать, чтобы заставить себя делать больше, но которая часто не срабатывает. Люди порой сами ставят себя в затруднительное положение и выделяют то, что у них плохо получается, как способ попробовать и улучшить свою результативность. Но это не всегда работает, как мы видим в вашем случае. Что может быть более полезным для вашей мотивации?

Анна: Я не знаю.

Терапевт: Ничего страшного. Во время терапии мы рассмотрим разные альтернативные стратегии, которые вы попробуете. Теперь, когда мы начинаем развивать некоторые идеи о том, что может происходить, стоит попытаться найти хорошие альтернативы.

Информация, полученная в ходе этого ФА-диалога Анны и терапевта, также может быть вписана в форму ABC (см. примеры на рис. 6.1 и 6.2 для иллюстрации).

Антецедент	Что предшествует В? Что является триггером В: событие, чувство, мысль, человек, место, время, действие? Определить контекст: где, когда, кто, что, как? <i>Во время терапии, просматривая еженедельную запись руминации с терапевтом, Анна замечает, как часто и регулярно румини-рует. Мысли типа «Я часто этим занимаюсь»; «Это вышло из-под -контроля»; «Это серьезная проблема».</i> <i>Тревожная реакция с катастрофическими мыслями типа «Будет только хуже»; ощущение пустоты в животе; «бабочки»; сужение фокуса внимания.</i>
Поведение	Что вы сделали: поведение, выбранное в качестве мишени терапии, чтобы разобраться, и увеличение или уменьшение. Укажите детали того, как все происходит (например, содержание и стиль руми-нации). Руминация о руминации: «Почему я делаю это так часто? Почему я не могу перестать руминировать? Я, должно быть, действительно слабовольная. <i>Почему я руминирую? Почему я не могу перестать это делать? Почему у меня возникают такие трудности, а у других людей — нет? Что это говорит обо мне? Почему я — такой плохой пациент? Почему я не могу просто приказать себе остановиться? Я должна стараться, чтобы остановить ее».</i> Внимание переключается с терапевта на себя, снижение зрительного контакта, краткие высказывания.
Следствие	Что является следствием В — положительным/отрицательным/краткосрочным/долгосрочным, для себя, для других — для значимых -целей? Какой у него эффект? Что оно увеличивает/уменьшает? Каковы его плюсы/минусы? Чего оно избегает? Что произойдет, если вы не сделаете В? Какой будет эффект, если не делать В? Что бы вы делали вместо этого? Каким было следствие В в прошлом? <i>Более депрессивная и тревожная, сессия менее продуктивная, проблемы кажутся непреодолимыми; если бы я не сделала этого; «Я, возможно, не понимаю, что со мной происходит»; «Я бы не воспринимала это всерьез»; «Я могу стать еще более ленивой и слабовольной».</i>

Рис. 6.1. Пример 1 заполненной формы «Антецедент — поведение — следствие» (ABC) для Анны

Взгляд терапевта¹: ключевые пункты и размышления с Анной

Диалог, приведенный выше, иллюстрирует ряд общих вопросов и важных принципов, которые возникают в самом начале ФА-руминации. Вы могли заметить, что несколько ее примеров приводятся в течение одной терапевтической сессии. Это часто встречается, и один из них должен быть использован с пользой, как показано здесь, чтобы найти способы решения

проблемы руминации. Наблюдение за ней часто является триггером для руминации, поскольку пациенты начинают понимать, что они делают это чаще, чем думали. Общий принцип лечения СРКПТ заключается в том, что, когда в ходе сессии происходит нежелательное поведение, такое как избегание или руминация, терапевт замечает это, обращает внимание пациента на поведение и связывает его с обоснованием и моделью, используемой вместе с пациентом. Выделение самого процесса помогает пациенту лучше осознавать его и активно работать с терапевтом в режиме реального времени, чтобы разрешить проблему. Избегание и руминация — поведение, которое способно помешать терапии, поэтому прямая, явная и упорная борьба с ними может помешать им блокировать терапию.

Как только поведение, выбранное в качестве мишени, выявлено и выделено, следующий шаг — рассмотрение альтернативных вариантов и, по возможности, эксперимент с попыткой альтернативной реакции прямо во время сессии. Это позволяет терапевту подталкивать пациента непосредственно к осуществлению попытки новой реакции и оценивать, является ли предложенный подход эффективным. Например, если пациент становился застенчивым и его внимание обращалось на себя во время сессии, это ограничило бы его внимание к содержанию терапии и затрудняло бы ее. Как только руминативная реакция выявлена, хорошая альтернатива для практики — поощрение пациента фокусировать внимание на внешнем мире, например, с помощью побуждения внимательно послушать то, что говорит терапевт, включая произнесенные слова, тон, подачу и качество голоса и т.д. Затем терапевт может оценить влияние этого переключения внимания на снижение руминации и самосознания пациента.

Анна — хороший пример «руминации о руминации» и того, как пациенты могут застрять в абстрактной и оценочной мысли. Диалог также иллюстрирует, как она неоднократно хочет обсудить это в сессии. Имея в виду принципы АКЭС, терапевт не желает быть втянутым в эту дискуссию и активно ориентирует обсуждение на последовательность и опыт руминации. Диалог перефокусирован на отслеживание эпизода руминации, момент за моментом. Поскольку первичный пример «живой» и актуальный для Анны, легко понять, что происходит в процессе руминации, даже несмотря на то, что она хочет это обсудить и проанализировать. Терапевт использует фразы, сфокусированные на том, чтобы обучать, пробовать разные идеи и делать что-то новое с целью отойти от концептуальной реакции к более эмпирическому подходу.

Диалог также указывает на ценность объяснения руминации как привычки. Такой подход дает ее четкое описание и частично объясняет, почему руминацию трудно изменить, в то же время позволяя терапевту сфокусироваться на составлении карты ее последовательности. Повторяющееся обрамление

руминации как привычки используется для объяснения ее повторяющегося возникновения, выделения ценности рассмотрения antecedентов и последовательности руминации, а позже — для обоснования повторяющейся практики альтернативных стратегий.

Этот диалог иллюстрирует использование сократического диспута, поиск обратной связи и совместной работы над исследованием и изучением моделей руминации. Терапевт продолжает общаться с Анной, чтобы убедиться в своем понимании того, что она говорит; делиться их растущими знаниями и склонять ее к более активному и эмпирическому подходу. Проводя ФА, регулярно подводя итоги и давая обратную связь на возникающее ABC и предполагаемые функции, важно структурировать обсуждение, сохранять его конкретным и специфическим, гарантировать, что терапевт точно понял пациента, дает разумные и правдоподобные формулировки. Озвучивание рабочей формулировки пациенту дает ему возможность не согласиться и уточнить формулировку. Это также помогает перейти к следующему этапу внедрения альтернативных реакций: при общем согласии с тем, что руминация имеет особые последствия, адаптивные и дезадаптивные, терапевт может затем начать работать с пациентом, чтобы провести мозговой штурм альтернатив.

Этот диалог также демонстрирует ценность изучения множества примеров руминации, что может помочь подтвердить наличие общих antecedентов и следствий руминации и предоставить сходные свидетельства для обоснования формулировки потенциальных функций руминации. На протяжении всей сессии терапевт вводит идею руминации с триггерами и исследует возможные сохраняющиеся следствия. В течение всего диалога он задает вопросы о следствиях руминации, иногда последовательно, чтобы подтолкнуть к информации, которая может обосновать рабочую гипотезу.

Аналогичным образом терапевт постоянно фокусируется на изучении полезности руминации. Это критическая часть функционально-аналитического подхода, лежащего в основе СРКПТ. Вместо того чтобы оспаривать точность или достоверность мыслей пациента, как в классической КПТ, СРКПТ имеет тенденцию диспутировать полезность мыслей пациента (и другого поведения), спрашивая, полезна ли руминация. Лечение сфокусировано на том, чтобы помочь пациенту стать более эффективным, определяя, какие стратегии работают и при каких обстоятельствах. Постоянная переориентация на полезность ответов пациента в сочетании с тщательным изучением контекста является способом достижения этого. Мы не предрешаем, какое поведение является хорошим или плохим, а исходим из того, что это будет зависеть от контекста, среды, настроения, внутреннего состояния пациента и его отношения к ситуации. Что касается Анны, имеющиеся на данный момент свидетельства

говорят о том, что руминация способна иметь как адаптивные, так и -дезадаптивные следствия. Следующим шагом может стать помощь ей в различении, когда, где и как это адаптивно — по сравнению с тем, когда, где и как дезадаптивно.

Во время тщательного изучения двух примеров руминации терапевт работает через подробный ABC- и контекстный анализ и может заполнить каждый столбец в ABC-рабочем листе. Антецеденты руминации Анны к обеим ситуациям представляются катастрофической мыслью о совершении ошибки и ухудшении чего-либо, сопровождающиеся чувством опустошенности. Это делает вероятным, что антецеденты могут быть триггерами и предупреждающими знаками в ряде ситуаций и, таким образом, полезными сигналами для мониторинга как Анны, так и терапевта. Руминативное поведение в значительной степени характеризуется серией «Почему я?» — мыслей, сфокусированных на вопросах «Почему это происходит?»; «Почему я не могу что-то с этим сделать?» и негативной оценкой себя. Негативные следствия данного мышления включают в себя более негативные чувства, усталость и определение проблем в качестве более непреодолимых.

С другой стороны, есть предположение, что без этого мышления все может быть еще хуже и что Анне следует подумать об этих трудностях, чтобы серьезно относиться к ним и работать с ними. Вместе эти ABC-действия предлагают несколько рабочих моделей относительно потенциальных пересекающихся функций руминации Анны: терапевт выдвигает гипотезу, что ее руминация направлена на поиск понимания (например, ее мысли «Почему я продолжаю руминировать?»), чтобы уменьшить нежелательное поведение; снизить риск с помощью гарантии уверенности и определенности при принятии решений; мотивировать себя избегать нежелательного «Я» (заставлять себя действовать, чтобы не лениться, напоминая себе о том, чего она не достигла). Эти функции не всегда эффективны, учитывая последствия ее руминации, но либо история этих функций усиливается, либо действующая воспринимаемая выгода может сохранить руминацию.

Антецедент	Что предшествует такому поведению? Что является его триггером: событие, чувство, мысль, человек, место, время, действие? Определите контекст: где, когда, кто, что, как?
	<i>Сидела в гостиной, пересматривала все необходимые дела по дому — постирать, помыть</i>

посуду, пропылесосить и оформить документы. Так много дел. С чего начать? Чувствую себя виноватой в том, что не делаю работу, и начинаю беспокоиться о том, что ее нужно сделать: ощущение пустоты в животе.	
Поведение	То, что вы сделали: укажите детали, какое поведение случается, и увеличивается его частота или уменьшается. Предоставьте подробную информацию о том, как все происходит (например, содержание и стиль руминации).
	<i>Попытаюсь расставить приоритеты в различных видах работы, мысли о большом объеме работы приводят к «Что, если я выберу неправильный вариант?», «Что правильно делать?», которые переходят в «Почему так сложно?»; «Почему я не могу начать?»; «Я должна быть в состоянии сделать это?»; «Почему я такая ленивая?»; «Почему я такая слабая?»; «Мне нужно стараться больше».</i>
	Следствие Что является следствием такого поведения — положительным/ отрицательным, краткосрочным/долгосрочным, для себя, для других — для значимых целей? Какой у него эффект? Что оно увеличивает/уменьшает? Каковы его плюсы/минусы? Чего оно избегает? Что произойдет, если вы не будете вести себя подобным образом? Какой будет эффект, если не делать это? Что бы вы делали вместо этого? Каким было следствие такого поведения в прошлом? <i>Несколько часов сидит в гостиной и</i>

руминирует, чувствует подавленность, усталость и отсутствие мотивации, спит; не чувствует, что в состоянии что-либо делать. Находит оправдания тому, что ничего не делает: «Я хочу чувствовать себя уверенной в том, что делаю правильные вещи, прежде чем начать делать что-либо. Я хочу быть уверенной в том, что я делаю».

Рис. 6.2. Пример 2 заполненной формы «Антецедент — поведение — следствие» (ABC) для Анны

На данном этапе, поскольку самые надежные предупреждающие знаки для руминации кажутся внутренними (чувство опустошенности; катастрофические прогнозы), терапевт может склоняться к разработке планов на случай непредвиденных обстоятельств. Однако могут существовать и сигналы среды к внутренним реакциям, которые возникают ранее в этиологической цепочке, такие как беспорядок в доме, что можно устранить с помощью поведенческих планов (например, планирование деятельности для приведения дома в порядок). Такие простые поведенческие интервенции часто бывают действенны, важно не упускать их из виду. Одна из моих самых эффективных интервенций была для пациента, чью руминацию вызывали ночные шумы извне (соседи, собаки, кошки и т.д.), которые подпитывали идею о невозможности заснуть. Весь цикл руминации, связанный с инсомнией и усталостью, был устранен простым приемом — поведенческим экспериментом, когда пациент попробовал использовать беруши.

Перед выбором потенциальной интервенции полезно провести тщательный ФА. При обучении терапевтов я заметил, что часто наблюдается желание быстро перейти к предлагаемому альтернативному поведению, а именно — чтобы пациент попробовал его, прежде чем тщательно проработать весь ФА. Стоит противостоять этому соблазну, потому что окончательные планы гораздо более эффективны и полезны, если есть более глубокое и детальное понимание руминации человека.

Более того, диалог с Анной, приведенный выше, в основном был сфокусирован на ABC, контексте и следствиях ее руминации, при обращении к элементам контекста (частично) и полезности ФА (из КПРА). Анализ развития уже был рассмотрен в ходе первичной оценки, и терапевт узнал, что Анна научилась руминировать с раннего возраста, так как ее мать была крайне беспокойной. Тем не менее элемент альтернативы ФА, который сфокусирован на изменчивости, еще предстоит завершить, чтобы понять, что влияет на руминацию, и это имеет решающее значение для выбора потенциальных интервенций. Тщательное изучение ситуаций, отличающихся по масштабам или качеству руминации, имеет решающее значение для определения контекста,

лежащего в основе руминации: если бы мы рассматривали только ситуации, в которых человек руминировал, мы не знали бы, какая среда, ситуация или поведение связаны с руминацией, нам было бы лишь известно, что определенные ситуации или поведение связаны с ней. Чтобы быть более уверенными в том, что эти факторы обуславливают и потенциально влияют на руминацию, мы хотим знать, что они присутствуют, только когда есть руминация, и отсутствуют, только когда ее нет. Чтобы убедиться в этом, нам также нужно посмотреть, когда руминация не происходит. Поэтому на следующем этапе исследуется альтернативная ситуация (аналогичная только что обсужденной), в которой Анна не руминировала. Терапевт и Анна будут искать, чем отличаются периоды, когда она руминирует больше или меньше.

Как отмечалось ранее, можно сравнивать эпизоды, когда у руминации имелся позитивный или негативный результат, или более длительные и более короткие приступы руминации. Сравнение также может быть сфокусировано на отдельных этапах руминации в рамках одного приступа, позволяя выяснить, что было бесполезно и полезно в том же эпизоде. Приведенный ниже диалог следует из предыдущего диалога в рамках той же сессии лечения.

Пример различной продолжительности и вариантов разрешения руминации

Терапевт: Анна, мы только что поговорили о нескольких примерах того, когда вы закикливались на трудностях, каждый из которых длился несколько часов и заставлял вас чувствовать себя хуже. Первый пример был, когда вы поняли, как часто руминируете. Триггером для второго примера, который мы обсуждали, стали мысли о всех тех делах, которые вам нужно сделать. Было бы полезно рассмотреть и те моменты, когда вы лучше справляетесь и меньше руминируете, чтобы узнать из вашего собственного опыта, что помогает вам быть более эффективной. Для этого было бы хорошо подробно обсудить ситуацию, которая потенциально стрессовая, как те, которые мы уже обсудили, но где результат был другим и все получилось хорошо. Например, когда вы могли продолжать делать что-либо, или когда руминация была относительно короткой и менее интенсивной. Можете ли вы вспомнить недавний пример, когда столкнулись с такой ситуацией и не так долго руминировали, например, когда у вас были дела по дому и вы начинали испытывать тревогу?

Анна: Да, я могу вспомнить другой эпизод, когда у меня была работа по дому, но мне было легче справляться с ней.

Терапевт: Звучит как хороший пример. Когда это было?

Анна: Воскресное утро несколько недель назад.

Терапевт: Сколько было времени?

Анна: Около 10 часов утра.

Терапевт: Где вы были?

Анна: Я была на кухне.

Терапевт: Что вы делали?

Анна: Я просматривала список дел, которые нужно выполнить: убратся, погладить и все остальное.

Терапевт: Вы сказали, что просматривали список дел. Можете ли вы описать подробно, как вы это делали?

Анна: Я сидела за кухонным столом и обдумывала все, что мне нужно сделать.

Терапевт: Живая картина того, что произошло, действительно поможет мне понять, что происходило. Можете ли вы описать все конкретно, насколько это возможно. Что вы могли видеть и слышать в тот момент?

Анна: Я вижу свою кухню, кухонный стол, окно выходит на улицу.

Терапевт: Чтобы помочь мне получить представление о том, что вас окружало, можете ли вы описать кухню более подробно? Например, расскажите о планировке, цветах, фурнитуре.

Анна: Это небольшая кухня, с одной стороны — столешница со шкафами под ней и у примыкающей стены — плита, старый холодильник и стиральная машина. Стены выкрашены в белый цвет, пол кафельный. В центре кухни стоит небольшой круглый деревянный стол с четырьмя стульями. В раковине

— груды грязной посуды, а принадлежности для завтрака до сих пор на столе. Гладильная доска стоит в углу, рядом с бельевой корзиной.

Терапевт: Замечательно, это действительно хорошее конкретное и специфическое описание. Теперь я могу все представить. Кто-нибудь еще там был?

Анна: Нет, я была одна.

Терапевт: И как вы себя чувствовали в тот момент? Каково было ваше состояние?

Анна: Я чувствовала себя немного встревоженной и уставшей.

Терапевт: На чем вы сфокусировали внимание?

Анна: Я смотрела на список дел, который был передо мной.

Терапевт: Что вы заметили сразу после того, как сфокусировались на списке?

Анна: Я почувствовала себя напряженной и тревожной.

Терапевт: Что именно вы заметили сразу, как только стали напряженной и тревожной?

Анна: Я ощутила пустоту и «бабочек» в животе, урчание в животе.

Терапевт: Понятно, это звучит как ощущение, очень похожее на то, что мы наблюдали раньше, до того, как вы начали руминировать, верно?

Анна: Да.

Терапевт: Что произошло сразу после того, как вы заметили ощущение опустошенности?

Анна: Я начала думать о том, чем заняться первым делом. Не могла определиться, с чего начать. Я стала руминировать о том, как трудно решить, что делать, и как много всего нужно делать. Продолжала непрерывно обдумывать, с чего начать, ошибаюсь ли я и почему это так сложно для меня.

Я продолжила руминировать, но через 20 минут перестала беспокоиться и начала приводить кухню в порядок.

Терапевт: Ясно. Это звучит как действительно хороший пример ситуации, когда вы могли увязнуть в руминации, но произошло что-то другое. Давайте рассмотрим его подробно, чтобы увидеть, чему можно научиться на вашем собственном опыте, который помог вам выйти из руминации. Как прекратилась руминация?

Анна: Через некоторое время я просто перестала руминировать, перешла к первому делу и начала убирать кухонный стол, занялась домашними делами. Я убирала со стола и мыла посуду.

Терапевт: Похоже, как раз тогда вы немного отошли от описания конкретных деталей опыта посекундно и вместо этого резюмировали общий опыт, сжав несколько минут в несколько предложений. Полезно пребывать в опыте по мере его развития, момент за моментом, насколько возможно. Давайте попробуем замедлить этот период и воспроизведем его момент за моментом. Вспомним, что тогда происходило, будто медленно воспроизводим фильм. Немного перематываем его назад, а потом прокрутим вперед мягко и медленно. Давайте посмотрим, что происходило в конце руминации. Можете ли вы вернуться в тот момент, представив его как можно ярче?

Анна: *(Кивает).*

Терапевт: О чем вы думали перед тем, как прекратилась руминация?

Анна: Почему мне так трудно делать даже простые вещи, которые легко даются другим людям.

Терапевт: Что вы сказали себе сразу после того, как задали этот вопрос?

Анна: Я помню, думала, что с меня достаточно ощущения того, что мне все надоело.

Терапевт: Что произошло сразу после мысли?

Анна: Я спросила себя «Что мне теперь делать?»; «Как начать?»

Терапевт: Какой был эффект от того, что вы задали себе эти вопросы?

Анна: Я начала составлять план в голове и посмотрела вокруг, пытаюсь найти, что сделать.

Терапевт: Какие-то другие эффекты вы заметили?

Анна: Я чувствовала себя немного энергичной и мотивированной.

Терапевт: И что вы тогда сделали?

Анна: Я начала мыть и протирать посуду.

Терапевт: Какой был эффект от того, что вы начали заниматься тарелками?

Анна: Я чувствовала себя немного позитивнее.

Терапевт: Что случилось с руминацией?

Анна: Она прошла.

Терапевт: Хорошо. Позвольте мне проверить, правильно ли я соблюдаю последовательность. Вы сидели на кухне, глядя на список дел, и начали замечать чувство опустошенности, руминировать, задавая вопросы «почему» о том, почему это так сложно. Но через 20 минут вы подумали: «С меня хватит» и вместо этого спросили себя: «Что я могу сделать?» и «Как я могу начать?». Затем вы сфокусировались на том, что можете сделать то, что прямо перед вами, и начали мыть посуду. Правильно?

Анна: Да.

Терапевт: Как вы думаете, чему можете научиться у этой ситуации?

Анна: Я не уверена.

Терапевт: Интересно, можем ли мы выделить сигналы, которые помогут вам отказаться от руминации. Например, что вы узнаете об эффектах вопросов, которые задаете себе?

Анна: Кажется, я понимаю, что вы имеете в виду. Когда я заикливаюсь на чем-то, продолжаю спрашивать себя: «Почему?» и «Почему это так

сложно?». Но на этот раз я спросила что-то другое — о том, что я могу сделать, и, оказалось, это помогло.

Терапевт: Согласен. Похоже, что вопросы, которые вы задаете себе, столкнувшись с проблемой или работой по дому, могут оказывать большое влияние. Вопросы «Что я могу сделать?» и «Как я могу начать?» побуждают вас думать о действии и строить планы, в то время как вопрос «Почему это так трудно?», кажется, затрудняет работу и тянет вас вниз. Похоже, иногда, руминируя, вы начинаете думать о том, что можете сделать, чтобы разрешить проблему, пытаетесь выбрать, с какого вида работы по дому начать, но затем оказываетесь охвачены мыслями о причинах и смыслах того, что происходит — задаете абстрактные вопросы «почему». Интересно, что было бы, если бы вы могли задать полезные вопросы из недавнего примера в самом начале приступа руминации? Представьте, что вы спрашиваете прямо в начале руминации, когда впервые замечаете чувство опустошенности. Это может избавить вас от всех негативных и демотивирующих руминаций. Что вы думаете об этой идее?

Взгляд терапевта 2: точки принятия решения и рассуждения с Анной

Из предыдущего диалога видно, что терапевт усердно работает с Анной, чтобы узнать подробности периода времени, когда руминация не так сильна, и выявить вероятных модераторов руминации. Первое, на что следует обратить внимание, — то, как он организует поиск примера, который может помочь изменить результаты руминации. Наиболее полезное сравнение — то, которое точно совпадает с существующими примерами руминации с точки зрения иницилирующего контекста, уровня стресса и сложности, но отличается по результату. Было бы неинформативно просто сравнивать период, когда пациент узнал хорошие новости, с периодом, когда он узнал плохие новости, или легко достигнутый успех в сравнении с неудачей в каком-то сложном деле. Сравнения должны быть связаны с ситуациями, когда может произойти руминация, и где есть некоторая общность.

Лучшая отправная точка — попросить пациента вспомнить эпизод, который как можно больше похож на недавний пример руминации с точки зрения ситуации, но результат которого был другим, например короче руминация или позитивный результат. Это подход, которого придерживается терапевт. Обратите внимание, что это сделано настолько конкретно и специфически, насколько возможно, с терапевтом, подробно описывающим контекст ситуации («имея

домашние дела и начиная испытывать тревогу, когда вы не руминировали так долго»). Такая специфическая подсказка должна помочь пациенту определить другое конкретное воспоминание. Если он не может вспомнить альтернативную ситуацию, вероятно, это происходит из-за того, что запрос слишком узкий. Тогда уточняющие вопросы могут перейти к более общим описаниям (например, другой эпизод, который тоже был сложным и стрессовым, как недавние, в которых вы румировали, но где дела пошли хорошо).

Терапевт должен быть готов пробовать разные версии вопроса об изменчивости, пока не будет найден тот, который находит отклик у пациента. Почти каждый пациент сможет определить эпизод, когда руминация меняется в некоторой степени, но терапевту может потребоваться упорство, чтобы впервые выявить его. Помните: изменчивость может быть с точки зрения того, происходит или не происходит руминация, полезная она или бесполезная, длиннее или короче, более интенсивная или вызывает меньший дистресс, хорошо или плохо пациент справляется с ситуацией. Имеет смысл начать с более категоричных различий (например, полезная или бесполезная) при поиске альтернатив, а затем перейти к различиям в длительности, если эти примеры трудно найти пациенту (например, более длительная или короткая продолжительность эпизодов руминации). Данное сравнение изменчивости может быть записано в раздаточной форме 9 (форма «Быть более эффективным»). Рисунок 6.3 представляет собой заполненную версию формы «Быть более эффективным», которая демонстрирует, как терапевт или Анна могут ее заполнить, чтобы обобщить выборочные ситуации, обсуждаемые в двух предыдущих диалогах о домашних делах.

Первая часть беседы — хороший пример работы терапевта, который изо всех сил пытается установить контекст и детали. Обратите внимание, как он работает через «что», «где», «как», «когда» и «кто» — вопросы на ранней стадии при обсуждении воспоминания. Это хороший пример того, как это делать для любого воспоминания, которое обсуждается. Это помогает терапевту получить подробную информацию о контексте, который может быть актуальным для ФА. Терапевт также предлагает Анне быть более конкретной на протяжении всего диалога. Он фокусируется на том, чтобы заставить Анну представить и описать обстановку из ее воспоминания, чтобы улучшить запоминание деталей, а также для формирования конкретности и обучения Анны быть более конкретной и специфической (принцип АКЭС). Использование этого варианта на ранней стадии исследования воспоминаний принесет дивиденды позже, поскольку за этим обычно следует более подробная и полная информация.

Языковые формулировки, используемые терапевтом, тоже требуют пристального внимания. Вы можете заметить такие вопросы, как «На чем вы

сфокусировали внимание?» или «Что вы сказали себе сразу после того, как задали этот вопрос?» -Такие вопросы рассматривают мышление пациента как поведение и конкретнее — как поведение, которое пациент может контролировать. Это согласуется с функционально-контекстуальным подходом СРКПТ, в котором мы рассматриваем мышление как еще одно поведение, в терминах antecedентов и следствий. Кроме того, поскольку и внимание, и внутренний диалог находятся под осознанным и произвольным контролем, языковые формулировки терапевта исследуют, где пациент может влиять на то, что происходит. Данные формулировки также готовят почву для последующих интервенций, при которых терапевт может манипулировать фокусом внимания или тем, что Анна говорит себе, как о средстве повлиять на руминацию. Фокус внимания, который является особенно важным элементом, рассматривается более подробно в главе 10.

Вы также можете заметить, как терапевт задает вопросы, которые структурируют и формируют ответы Анны, и старается держать фокус обсуждения узконаправленным и дискретным. Вопросы, как правило, относятся к тому, что только что произошло, и спрашивают о том, что немедленно следует сделать, чтобы привязать Анну к ее непосредственному и прямому опыту и уменьшить вероятность ее перехода к более абстрактной, имплицитной или интерпретативной реакции. Частое подведение итогов и их подтверждение у Анны служат той же цели, а именно держать обсуждение узконаправленным и конкретным.

Диалог также иллюстрирует общую проблему и один из способов ее разрешения. Пациентам часто трудно следовать эмпирическим деталям момент за моментом, когда они представляют себе или вспоминают ситуацию. Вместо этого они демонстрируют тенденцию подводить абстрактные итоги и делать деконтекстуализированные обобщения, которые отражают суть произошедшего, а не детали. Это может принимать форму короткого рассказа (одно-два предложения) о минутах или часах, в течение которых наблюдалось определенное поведение, например приступ руминации. Такой абстрактный способ описания события приводит к потере многих деталей и контекста, могущих быть полезными для определения antecedентов или модераторов руминации. Кроме того, эта абстракция может принимать форму интерпретаций и анализа произошедшего, а не описания фактического поведения (например, «Он оскорбил меня»; «Я была никчемной»). В таких ситуациях терапевту необходимо намеренно и явно подчеркнуть переход в абстракцию и переориентировать пациента обратно в эмпирические детали. В этом диалоге Анна изначально заключает двадцатиминутную руминацию и ее прекращение в несколько предложений, которые расплывчато повествуют о том, что на самом деле

произошло. Это критический момент, который терапевт должен детально понять. Вы можете видеть, как он обращает внимание на отход Анны от деталей ситуации и просит ее вернуться к ним. Ряд уловок используется, чтобы облегчить этот сдвиг в фокусе, в том числе просьба представить ситуацию и посмотреть на нее в замедленном режиме. Терапевт принимает решение подробно изучить период, когда руминация подходит к концу, и оставить ее начало менее изученным. Это прагматичное решение, потому что выяснение большего о том, что может повлиять на сокращение руминации, является приоритетом, и нет достаточного количества времени, чтобы отследить полный эпизод подробно до конца сессии.

Детальные вопросы	Текущая ситуация ^а (успех/неудача) (например, намеревался что-то сделать и сделал это)	Аналогичная ситуация с противоположным результатом (неудача/успех) (например, намеревался что-то сделать и не сделал это)
Что? Включить цель, события, действия, чувства, физическое состояние, результат	<i>Смотрит на беспорядок, думает: «Нам много нужно сделать»; «С чего начать?»; чувство вины, тревоги, усталости и отсутствие мотивации, ощущение пустоты, «бабочки»</i>	<i>Продумывает все, что нужно делать; грязная посуда в раковине, корзина белья, которое нужно постирать; чувство опасения и усталости при взгляде на список вещей, которые нужно сделать; ощущение пустоты, «бабочки»</i>
Где? Расположение, обстановка, состояние	<i>Сидит в гостиной</i>	<i>Сидит за кухонным столом дома</i>
Когда? Время, день, что предшествовало ситуации	<i>Воскресенье утром, плохой сон прошлой ночью</i>	<i>Воскресенье утром, 10 часов утра, несколько недель назад</i>
Как? Как разворачивалось событие шаг за шагом, ваше отношение к ситуации	<i>Пробует расставить приоритеты, что делать, потом думает: «Что, если я выберу что-то неправильно?», затем «Почему это настолько трудно? Почему я не могу начать?»; чувствует себя менее мотивированной, сидит там несколько часов и в конце концов засыпает</i>	<i>Думает о том, что сделать сначала; думает о том, как трудно было решить; «Ошиб-лась ли я?» Затем мысль «с меня достаточно ощущения того, что мне все надоело», далее спрашивает: «Что мне теперь делать?»; «Как я могу начать?» Составляет план, затем убирает со стола и моет посуду</i>
Кто?	<i>Одна</i>	<i>Одна</i>

^аЧто уникально в этой ситуации? Подробно опишите контекст события в ответ на каждый вопрос. Было это событие успешным или неудачным?

^бОпишите аналогичную ситуацию или задачу, у которой был иной результат (например, успех или неудача), и это произошло на текущей неделе или ранее. Чем отличаются ситуации? Чему вы можете научиться из этого?

План/решение на будущее: Когда я увязну в этих мыслях, задать себе вопросы «Что я могу сделать сейчас?» и «Как я могу начать?», а не «почему»-вопросы.

Рис. 6.3. Пример заполненной формы «Быть более эффективным» для Анны

Терапевт задает ряд вопросов, чтобы получить подробное представление о том, что, вероятно, способствовало окончанию руминации. Вопрос о том, что случилось непосредственно перед тем, как закончился приступ, может быть очень информативным, как это и происходит в случае с Анной.

Диалог предлагает потенциальные направления для интервенций. Наиболее очевидная интервенция — разработка «если..., то...»-плана на случай непредвиденных обстоятельств (см. главу 7), в котором предупреждающие знаки, такие как чувство опустошенности и/или вопросы «почему» связываются с тем, что Анна практикует альтернативные реакции на более полезные вопросы, такие как «Что я могу сделать?»; «Как я могу начать?». Такой план был бы разумным и полезным, так как естественным образом вытекает из собственного опыта Анны и отражает попытку принять полезную реакцию, уже имеющуюся в ее репертуаре, и применять эту реакцию более последовательно и систематически. Заключительное подведение итогов в конце диалога призвано заложить основу для такой интервенции. Таким образом, ФА может привести непосредственно к поведенческому плану.

Глава 7. Выбор лечебных интервенций

Основные интервенции

Основные интервенции в СРКПТ — самоконтроль, непосредственное изменение обстоятельств среды и разработка «если.., то...»-планов на случай непредвиденных обстоятельств — были получены из ФА и используются со всеми пациентами.

Самоконтроль

Всем пациентам рекомендуется следить за своими руминациями и избеганием. Повышение осведомленности о привычке имеет решающее значение для ее изменения. Кроме того, для многих пациентов улучшения осведомленности о том, что они делают, самого по себе достаточно, чтобы перестать руминировать. -Осознание предупреждающих знаков дает возможность пресечь руминацию на корню.

Непосредственное изменение обстоятельств среды

ФА выявляет аспекты среды, которые увеличивают вероятность возникновения руминации. Простые упражнения в домашней работе, оформленные как поведенческие эксперименты, можно попробовать уже в первую или вторую сессию, чтобы оказать влияние на руминацию.

Разработка планов на случай непредвиденных обстоятельств в ответ на предупреждающие знаки

«Если.., то...»-планы на случай непредвиденных обстоятельств включают в себя стратегии по прерыванию руминации и ее функциональной замене. Такие новые стратегии практикуются многократно в ответ на сигналы, которые являются триггерами руминативной привычки для контробуславливания несовместимой реакции, таким образом ослабляя руминативную привычку. Типичные альтернативные стратегии предусматривают прикладную релаксацию, упражнения на визуализацию, изменение стиля обработки, ассертивность, эксперименты в реальном мире и поведение, направленное на достижение. Разработка «если.., то...»-планов начинается на ранней стадии лечения и продолжает консолидироваться и практиковаться в течение всего курса лечения.

Важно начать работу по достижению изменений с первой сессии, чтобы противостоять безнадежным мыслям пациента и увеличить динамику терапии. Относительно короткие интервенции могут быть весьма продуктивными в течение первых двух-трех сессий. Завершив первоначальный формальный ФА и убедительно обосновав терапию, первые интервенции должны обеспечить быстрые изменения на основе этих оценок.

Инициирование интервенций

Я рекомендую трехэтапный подход для начала интервенций с пациентами.

Во-первых, возможный модератор руминации (или любого поведения, выбранного в качестве мишени терапии) определяется с помощью изучения собственного опыта пациента в ФА.

Во-вторых, терапевт испытывает данный модератор в течение сессии, используя поведенческий эксперимент, чтобы подтвердить, что изменение выбранного аспекта поведения прямо и позитивно влияет на опыт пациента.

В-третьих, после подтверждения полезности этой манипуляции в ходе сессии терапевт и пациент строят планы таким образом, чтобы пациент неоднократно практиковал предложенную стратегию в повседневной жизни, обычно в ответ на предупреждающий знак, в качестве своего домашнего задания. Этот трехэтапный подход максимизирует вероятность того, что терапевт определил действительно полезную интервенцию, прежде чем пациент попробует ее в повседневной жизни. Это также повышает вовлеченность и мотивацию пациента: успешный опыт в ходе сессии с поведенческим экспериментом делает более вероятным, что стратегия будет использоваться вне сессии. Например, Анне, возможно, было бы полезно попробовать поведенческий эксперимент в течение сессии, в котором она представляет себе сложную ситуацию, например, сталкивается с работой, а затем сравнивает эффект, задавая себе «почему» и «как»-вопросы, определенные в предыдущем ФА с ней (см. главу 6). (Подробное описание этого подхода см. в главе 9, эксперимент «Почему — как».)

Первые интервенции для первых нескольких сессий основаны на том, что было изучено в ФА: интервенции будут выбираться на основе контекстов и стратегий, которые, как известно, влияют на руминацию, а также на основе гипотетических функций руминации для каждого пациента. Таким образом, если руминация служит функции уменьшения враждебных чувств к другим людям, альтернативная стратегия может включать в себя обучение методам управления гневом.

Изменение внешних условий: прерывание сигналов к привычке

ФА может раскрыть аспекты более широкого контекста, связанные с началом руминации, будь то аспекты внешней среды (люди, места, время суток, объекты), аспекты поведения и рутинные действия (последовательности действий, выполняемых пациентом) или внутренние состояния (настроение, физические ощущения, мысли). Те аспекты среды, которые увеличивают или уменьшают вероятность поведения, выбранного в качестве мишени, будут использованы в качестве мишени в планах поведенческого лечения, потому что контроль среды контролирует руминацию. В частности, терапевт ищет сигналы или предупреждающие знаки, которые неоднократно возникали с началом руминации и автоматически запускают привычку. Их ослабление или устранение является относительно простым способом снизить совокупную частоту руминации. Для аспектов внешней среды и поведенческих процедур это сделать проще, чем для внутренних состояний.

Менее очевидно напрямую предотвращать или устранять чувства, ощущения или мысли, которые вызывают привычные руминации. Если триггером руминации становится внутренний сигнал, терапия должна либо идентифицировать потенциальные сигналы среды ранее в цепочке antecedenta, которая вызывает эту внутреннюю реакцию (например, физическое напоминание, активирующее грустное воспоминание), либо контробуславливать альтернативную реакцию на этот внутренний сигнал. СРКПТ, как правило, фокусируется на последнем, делая основной акцент на обучение пациента новым полезным привычным реакциям на сигналы плохого настроения, тревоги или возрастание стресса.

Если возможно, простые домашние задания разрабатываются как поведенческие опыты для изменения внешней среды в первых нескольких сессиях, чтобы обеспечить ранний позитивный опыт для пациента и «быструю победу» в уменьшении руминации. При наличии возможности терапевт вводит эти изменения в качестве поведенческих экспериментов в течение первых нескольких сессий. Он просит пациента спрогнозировать свои ожидания, если предложенная интервенция будет реализована. В следующей сессии оценивается точность данного прогноза.

В общем, увеличение структурирования, активности и рутинных действий снижает руминацию. Как только потенциальный сигнал или триггер к привычной руминации идентифицирован, с помощью поведенческих экспериментов изучаются послед-ствия рассмотрения среды. ФА, вероятно, подскажет конкретные аспекты контекста, связанные с руминацией и избеганием.

Ключевые аспекты окружающей среды, которые необходимо учитывать во время ФА и при анализе того, как изменить окружающую среду, чтобы уменьшить руминацию и избегающее поведение:

1. *Разнообразие среды.* Неинтересное окружение, не имеющее достаточного количества отвлекающих сенсорных стимулов, может быть связано с более частыми руминациями.
2. *Время суток.* Руминация, как правило, возникает утром и перед сном, ночью.
3. *Одиночество.* Руминация часто связана с одиночеством.
4. *Ритуалы и распорядок.* Увеличение руминаций происходит во время регулярных занятий и связано с ними (например, после возвращения с работы садиться, чтобы выпить кофе, выкурить сигарету и поразмышлять о прошедшем дне, в конкретном кресле).
5. *Триггеры настроения.* Неудивительно, что руминация часто связана с событиями, которые могут изменить настроение (например, критика, потери, угрозы). Это также вызвано триггерами, над которыми пациенты могут иметь более произвольный контроль (например, прослушивание грустной музыки).
6. *Сигналы новостей.* События, предвещающие получение новой информации, которая, как ожидает пациент, будет негативной, часто вызывают руминацию. Например, телефонного звонка или прибытия почты бывает достаточно, чтобы начать руминировать о том, какие плохие новости могут быть получены и что это может означать.
7. *Оценка себя, планов и результатов.* Триггерами руминации часто становятся размышления людей о том, что им нужно делать или что они только что делали, или они начинают сравнивать себя с другими людьми. Таким образом, руминацию может вызвать как время, когда человек занимается планированием или анализирует достигнутый прогресс, так и предстоящие события, которые воспринимаются как связанные с некоторой степенью самостоятельности (например, презентации, тесты, собеседования), потенциальные проверки собственной значимости или действия, которые побуждают социальные сравнения (например, знакомство с новыми людьми, контакт с членом семьи, который часто дает свои оценки; известия об успехе друга или встреча с привлекательным человеком).

8. *Напоминания о тревожных или травмирующих событиях.* Руминация часто начинается в ответ на непроизвольное и интрузивное воспоминание об огорчающем или вызывающем дистресс событии. Пациент может вспомнить его и начать повторно испытывать связанные с ним негативные эмоции, а затем часто начинает анализировать событие и рассматривать его причины, смысл и последствия (например, «Почему я?»; «Почему это случилось со мной?»; «Почему я не мог остановить это?»). Такая руминация может быть весьма продолжительной. Абстрактная руминация дистанцирует пациента от непосредственного и прямого опыта переживания события, его контекста и эмоционального состояния в полной мере, предотвращая привыкание и любое примирение с огорчающим событием. Несмотря на то что определить триггер среды для изначального интрузивного воспоминания удастся не всегда, воздействие как семантической информации, так и сенсорно-перцептивных деталей, связанных с тревожным событием, вероятно, увеличивает шансы того, что воспоминание попадет в сознание. Например, у пациентки, которая пережила болезненный и тяжелый развод, телевизионные программы и статьи в газетах, где говорилось о разводе или фигурировали ссорящиеся пары, вызвали воспоминания о разводе, приводя к приступам руминации. Годовщины таких огорчающих событий тоже могут вызвать руминацию.

Для каждого из возможных триггеров руминации или избегания терапевт должен рассмотреть, какой аспект ситуации, по всей вероятности, будет являться причиной возникновения руминации, и использовать эту формулировку для разработки изменений в окружающей среде. Мысленные эксперименты могут быть полезны для определения того, какой аспект ситуации наиболее важен. Например, многие пациенты сообщают, что руминация возникает, когда они находятся одни. Терапевт может воспользоваться этой информацией и рассмотреть, какой именно аспект одиночества ее вызывает. Является ли это чувством одиночества? Или кого-то не хватает, чтобы побудить пациента что-то сделать? Пациент не делает что-либо, полагая, что это не стоит делать в одиночку (например, готовить, ходить в кино)? Не хватает структуры взаимодействия? Отсутствует внешнее отвлечение от негативных мыслей? Определение, какой аспект одиночества имеет значение, влияет на то, какие изменения следует осуществить.

Вопросы, которые помогут это прояснить:

Какой аспект одиночества вам кажется самым трудным? Что вы действительно цените в общении с людьми?

Аналогичным образом терапевт обращается к пациенту, чтобы определить, будет ли ситуация такой сложной, если конкретные аспекты окажутся разными. Например, он спрашивает пациента:

Предполагая, что вы делаете что-то интересное сами, будете ли вы беспокоиться об одиночестве?

Насколько вероятно, что это активизирует руминацию?

Определение того, какой аспект контекста важен, позволяет терапии вносить более эффективные изменения в среду. Если пациент чувствует себя одиноким, полезно подумать о том, как связаться с другими людьми. Повонить кому-либо, устроить встречу с друзьями, написать письмо хорошему знакомому — все это может усилить ощущение контакта. Если проблема с одиночеством заключается в отсутствии структуры, терапия должна быть сфокусирована на обучении пациента структурировать собственное время. Опять-таки, желательно разработать эти интервенции как поведенческие эксперименты, чтобы можно было уточнить нашу гипотезу и сами интервенции, если сначала они не будут успешными.

Простые, легко осуществимые интервенции могут дать вполне долгосрочный эффект. Если среда ограничена, то эффективным может стать введение в нее новых элементов, которые способны привлечь внимание пациента (включить музыку или радио, положить ароматные эфирные масла на подушку). Например, пациент сообщил, что обычно начинал руминировать, когда ехал на работу в машине один. Когда его расспросили подробно, он добавил, что склонен слушать в машине медленную, довольно грустную классическую музыку, которая, судя по всему, ассоциируется с началом возникновения негативных мыслей. В качестве поведенческого эксперимента он заменил грустную музыку более оптимистичными фолк-рок-композициями, которые ему тоже нравились. Элементарная замена уменьшила руминацию в начале дня. Поскольку руминация часто начинается сама по себе и может продолжаться в течение дня (например, пациенты думают, что день начался плохо и поэтому будет плохим, что приведет к дальнейшему руминированию), небольшое, но значительное ее снижение в начале дня способно иметь положительные последствия для остальной его части.

Пациенты часто сообщают, что руминация начинается утром, когда они просыпаются. ФА необходимо выяснить, какой именно триггер запускает руминацию. Она начинается, как только пациент пробудился от сна, или следует

за иным действием? Скажем, человек начинает думать о том, что нужно сделать в этот день, или анализирует предыдущие сутки, либо думает о том, что у него ничего не запланировано на сегодня, или замечает, как устал. Все это может вызвать руминацию.

Разные триггеры требуют разных интервенций. Например, если утренняя руминация связана с физическими ощущениями, бывает полезно проявлять какую-то физическую активность по утрам. Проснувшись и сразу встав с постели, действуя более активно, можно уменьшить вероятность руминации. Если она связана с мыслью о том, что нужно сделать, полезно составлять список дел накануне, а затем концентрироваться только на его первом пункте. Когда человек лежит в постели, внимание может быть сфокусировано на внутренних ощущениях усталости и сонливости. В этом случае можно слушать радио по утрам, чтобы переключить внимание с усталости на окружающий мир. Изменение режима пробуждения и подъема — полезный эксперимент, так как руминация часто связана с конкретными аспектами распорядка дня, и их изменение уменьшит ее автоматический запуск.

Часто руминация происходит в конце дня, когда человек лежит в постели, пытаясь заснуть. Как и утром, эта ситуация способствует руминации, потому что у человека меньше внешних стимулов, на которых можно сфокусироваться, и выше вероятность сосредоточиться на себе, начать руминировать. Вероятно, человек также анализирует произошедшее за день или размышляет о том, что будет завтра. Такая ночная руминация обычно способствует инсомнии. Опять же, изменения в распорядке дня перед сном и когда человек уже в постели способны прервать руминацию. Если пациент не в состоянии заснуть, можно встать с кровати, чтобы сделать что-то другое, — это полезное изменение, хотя бы для уменьшения ассоциации между нахождением в постели и руминацией. Если руминация вошла в привычку, триггерами которой являются аспекты рутинных действий, то их изменение прерывает руминацию, делая ее менее частой.

Иногда пациенты сообщают, что руминации возникают в определенных местах. Некоторые связывают ее со своим жилищем. Например, они живут в запущенной квартире, которую воспринимают, вероятно, как неудобную (шумные и агрессивные соседи, плесень на стенах, плохо отделанная или слишком маленькая). В этой ситуации полезно определить, о каком аспекте говорит пациент и существуют ли отличия в пределах квартиры (хуже ли одни комнаты, чем другие). Кроме того, возможно, есть аспекты, которые могут быть изменены с целью уменьшить руминацию (украсить или привести в порядок). Внесение небольших изменений в окружающую пациента среду, таких как приведение в порядок комнаты, может устранить некоторые сигналы для руминации. Иметь

возможность пойти в другие места, которые ее не вызывают, — простой способ получить некоторую передышку в начале терапии.

Более общие аспекты среды и образа жизни пациента тоже вносят вклад в начало руминации. Многие сообщают о том, что чувствуют себя под давлением, спешат, суетятся, им приходится совмещать много разных занятий и задач, будь то дома или на работе. Такая ситуация способствует руминации, поскольку имеет тенденцию вызывать стресс и увеличивает вероятность совершения ошибок и несоблюдения сроков. Более того, пациенты часто пытаются делать сразу несколько дел и переключаться между задачами. Это может затруднить их поглощенность тем, что они делают, и тем самым увеличить вероятность руминации. Я обнаружил, что в целом полезно поощрять пациентов фокусироваться на одном деле зараз, чтобы дать себе успокоиться и замедлить ход событий.

Другой способ, которым среда и образ жизни пациента могут стимулировать руминацию, заключается в том, что существует дисбаланс между рутинными делами и обязанностями пациента, а также теми видами деятельности, которые он находит приятными, интересными и способствующими самореализации. Исследование СРКПТ пациентов с резидуальной депрессией показало, что они часто отказывались от действий, которые находили наиболее интересными и приятными. Поскольку у них был пониженный тонус и любая работа давалась с трудом, они пытались экономить ресурсы и расставили приоритеты, выбирая деятельность, которая, по их мнению, необходима: повседневные дела, работа и выполнение обязательств перед другими. Хотя эти дела, несомненно, имели большое значение, они, как правило, были скучными и утомительными, часто сопровождались чувством нежелания и обреченности. При отсутствии захватывающих увлекательных занятий пациенты более склонны к руминации. Она будет происходить чаще, когда деятельность неинтересна и выполняется из чувства долга. В данном контексте мысли часто фокусируются на «Зачем я это делаю?»; «Почему это так утомительно?»; «Почему я так устал?» и так далее. Это те виды задач, которые требуют усилий для их выполнения и могут быть весьма утомительными. Более того, отказавшись от увлекательных и приятных занятий, пациент упускает возможность улучшить свое настроение и пополнить запасы энергии. Поэтому в СРКПТ терапевт объясняет важность смещения баланса деятельности от рутинных дел и обязанностей к занятиям, способствующим самореализации. Вместе с пациентом он исследует ценность таких занятий, потому что они могут подзарядить его «батарейки», а также дать ментальное пространство за пределами руминации.

Пример ФА, ведущего к изменению окружения/поведения: Эмили

Прежде чем перейти следующему протоколу, хочу представить вам Эмили — пациентку с давней историей эпизода большого депрессивного расстройства, а также коморбидных ГТР, ПТСР и булимии. Ее руминация часто очень самокритична и сфокусирована на том, чтобы оценивать себя как ленивую, высокомерную и эгоистичную. У нее непростые отношения с матерью, которую она воспринимает как бесчувственную, властную, критичную и упрямую. Кроме того, Эмили только что пережила сложный разрыв отношений.

Приведенный ниже диалог с Эмили состоялся на третьей сессии. Она и терапевт заметили несколько предупреждающих знаков, и Эмили узнала больше о привычке руминировать. Обсудили идею о том, что Эмили не следует автоматически погружаться в руминацию, а вместо этого можно научиться делать что-то другое. Терапевт начинает с того, что предлагает выполнить предыдущее домашнее задание по самонаблюдению (см. Раздаточный материал 6 «Форма записи эпизодов руминации»), а затем изучает недавние ситуации с целью понять, что может повлиять на ее руминацию.

Терапевт: Как вы справлялись с обнаружением ранних предупреждающих знаков на этой неделе? Вы заметили новые?

Эмили: Нет, я не обнаружила их на этой неделе, хотя начинаю замечать быстрее.

Терапевт: Это здорово. Какие вы заметили?

Эмили: Мое сердцебиение учащается, осанка меняется, я становлюсь напряженной и испытываю жар.

Терапевт: Что вы можете делать иначе на данном этапе, чтобы прервать руминацию?

Эмили: Я могу остановиться и подумать: «Погоди минутку, так не должно быть». Или спросить себя: «Как я могу справиться с этим?» И вместо того чтобы обвинять себя — попытаться сделать что-то, чтобы почувствовать себя лучше.

Терапевт: Это звучит как хороший способ отвлечься от руминации. Удалось ли вам сделать это на прошлой неделе?

Эмили: Я смогла отвлечься от руминации пару раз, но неоднократно ничего не получалось, даже несмотря на то, что я заметила предупреждающие знаки. Иногда я заикливалась на чем-то, не зная, как это началось.

Терапевт: Большинство людей проходят через подобный опыт, когда делают первые попытки изменить руминацию, — именно этого ждешь от сильной привычки. Начнем с того, что сильная привычка будет проявляться большую часть времени, но по мере того, как вы начнете ее осознавать и продолжите делать что-то другое, а не руминировать, это станет легче, а привычка уменьшится. Что-то помогло вам перестать руминировать, когда вы заметили предупреждающие знаки?

Эмили: Я смогла изменить то, что меня окружало — раз или два встала и вышла в сад, заметив, что становлюсь раздражительной, и это помогло успокоиться. Но на прошлой неделе я несколько раз не смогла так сделать. Хуже всего было, когда пришлось пойти к своему бывшему, чтобы забрать кое-какие вещи, — сплошной стресс. Это привело к действительно неприятному приступу руминации.

Терапевт: Я вижу, вы описали эту ситуацию. Судя по всему, она была для вас особенно неприятной. В описании сказано, что вы руминировали в течение пяти часов, и у вас возникало много негативных мыслей типа «я недостаточно хорошая» и «он ненавидит меня». Это заставило вас чувствовать себя хуже. Правильно?

Эмили: Да, это было худшее событие недели.

Терапевт: Тогда, возможно, стоит рассмотреть эту ситуацию подробнее? Интересно, поможет ли нам ее изучение и, возможно, сравнение с другой ситуацией. Попробуем?

Эмили: Да, это может быть полезно.

Терапевт: Расскажите мне побольше о стрессовой ситуации с вашим бывшим.

Эмили: Мне пришлось пойти к нему на квартиру, чтобы забрать мои вещи. Пока я их собирала, он вошел и начал болтать обо всем. Ситуация стала

стрессовой для меня. Мы оба очень разозлились и плохо себя повели, были на взводе. Я очень расстроилась, выбежала из квартиры и провела остаток дня, руминируя об этом.

Терапевт: Хорошо. Звучит так, будто многое случилось, но вы проскочили через ряд вещей. Можете ли вы признать, что резюмируете в общем и абстрактном виде то, что произошло, и отдаляетесь от деталей, как именно? Помните, что мы говорили о том, как легко вернуться к привычке быть абстрактной. Бывает полезно действительно замедлить событие и пройти его шаг за шагом. Вы можете попробовать это сделать?

Эмили: Да, хотя это тяжело.

Терапевт: Не стоит волноваться — это не то, чем мы обычно занимаемся, поэтому вы чувствуете себя слегка неестественно. Кроме того, поначалу это требует немного усилий. Давайте попытаемся и посмотрим, будет ли это полезным. Вернемся к началу. Что происходило до того, как вы пошли к своему бывшему партнеру?

Эмили: Я была дома, занималась домашними делами.

Терапевт: Как вы себя тогда чувствовали?

Эмили: Я была слегка напряжена и боялась встретиться с ним. А еще почувствовала, что немного суечусь и тороплюсь, потому что пытаюсь сделать несколько дел, прежде чем отправиться к нему.

Терапевт: Хорошо. И что случилось дальше?

Эмили: Я поехала в квартиру после завтрака.

Терапевт: Что дальше?

Эмили: Ну, это была плохая езда — движение ужасное, час пик, длинная пробка. Поездка оказалась довольно стрессовой.

Терапевт: Какое влияние на вас оказала поездка?

Эмили: Стресс усилился, я почувствовала себя взвинченной, потому что очень торопилась и согласилась приехать в квартиру перед работой.

Терапевт: Хорошо. Что случилось, когда вы вошли в квартиру к своему бывшему партнеру?

Эмили: Я начала перебирать вещи, выбирая, что взять. Я все еще ощущала стресс, так как не была уверена в выборе. Чувствовала, что мне нужно быстро разобраться с этим. Я беспокоилась, что могу ошибиться. Меня также беспокоило, как отреагирует мой бывший.

Терапевт: Итак, вы уже испытывали сильный стресс и были взвинчены из-за спешки, работы по дому, езды за рулем и так далее, когда разбирали вещи в квартире. Правильно?

Эмили: Да.

Терапевт: Как вы заметили стресс?

Эмили: Я заметила, что сердцебиение учащается, мне стало жарко, а мысли — немного беспорядочные и запутанные. Было трудно решить, что делать и как собирать вещи.

Терапевт: Вы руминировали в тот момент?

Эмили: Нет, мне удалось сфокусироваться на том, что я делала, но я потеряла контроль над собой, когда завелся мой бывший.

Терапевт: Ладно, расскажите мне медленно и спокойно, что именно произошло, секунда за секундой. Что он сказал и сделал?

Эмили: Он вошел в комнату и посмотрел на разобранное. Я начала складывать вещи на полу: с одной стороны — те, которые хочу забрать, а с другой — те, которые хочу оставить. Он сказал что-то вроде: «Это все, что ты сделала? Тебе нужно поторапливаться, я не могу ждать весь день».

Терапевт: Как он это сказал?

Эмили: Раздраженным, нетерпеливым, презрительным тоном.

Терапевт: Как он выглядел?

Эмили: Он выглядел раздраженным и рассерженным.

Терапевт: И как вы отреагировали мысленно и эмоционально, как только он это сказал?

Эмили: Я почувствовала, что потеряла уверенность, была сильно подавлена. Я подумала: «О нет, опять то же самое».

Терапевт: И что вы тогда сделали?

Эмили: Я попыталась объяснить, что сначала хотела поговорить с ним, прежде чем брать вещи.

Терапевт: Вы можете вспомнить, что именно и как сказали?

Эмили: Что-то вроде: «Трудно решить, что взять, и я хотела убедиться, что ты согласен с моим выбором. Мне не становится проще от того, что ты вмешиваешься». Возможно, мой голос прозвучал немного раздраженно и резко.

Терапевт: Что случилось сразу после этого?

Эмили: Он ответил, что это должно быть легко и что я всегда все усложняю. Начал повторять то, что привело к нашему расставанию. Сказал, что типично для меня сделать из мухи слона и почему я не могу просто быть более эффективной.

Терапевт: Какое влияние это оказало на вас?

Эмили: Это вызвало воспоминания о спорах и чувство, что меня критикуют, которое преследовало меня на протяжении наших отношений. Почему мне так трудно?

Терапевт: Именно в этот момент началась руминация?

Эмили: Да, я все больше раздражалась. Начала кричать на него: «Почему ты всегда так делаешь?»; «Почему ты всегда меня унижаешь?»

Терапевт: И что случилось дальше?

Эмили: Он повысил на меня голос, и мы оба начали заводитьсь, вспоминая прошлую историю и указывая на плохие стороны друг друга. Почему ты

всегда так поступаешь? Почему ты всегда так делаешь? Я тряслась от гнева, а он становился все более саркастичным, указывая, насколько я бездумная и эгоистичная.

Терапевт: Как долго длился этот спор?

Эмили: Мы предъявляли друг другу претензии около пяти минут. Потом я, не в силах больше это терпеть, вышла из комнаты, затем — из дома и направилась к машине. Через несколько минут я уехала.

Терапевт: И на чем вы сфокусировались в своих мыслях?

Эмили: Я руминирую снова и снова.

Терапевт: Какие мысли у вас возникают, какие вопросы вы себе задаете снова и снова, прямо в тот момент?

Эмили: Почему это так сложно и что он презирает меня. Много мыслей, выражающих крайности. Я терпеть не могу мысли такого типа.

Терапевт: Какое влияние они оказывают на вас?

Эмили: Они заставляют меня грустить и злиться.

Терапевт: Что приходит вам в голову после этих гневных мыслей?

Эмили: Я начинаю сомневаться в себе и задаюсь вопросами: «Почему я такая раздражительная?»; «Почему я такая эгоистичная?» Возможно, это происходит потому, что я не очень любезная и недостаточно хорошая. Я чувствую себя очень подавленной.

Терапевт: Как долго продолжалась эта руминация?

Эмили: Она длилась весь день и поздно вечером. Я не могла заснуть.

Терапевт: Что заставляло ее длиться так долго? Что случилось с вашей руминацией? Интересно, следовала ли она одним из паттернов, которые мы определили ранее для нее?

Эмили: Да, я постоянно обдумывала, почему он делает это и злится, а потом через некоторое время начала винить себя и удивляться, что продолжаю беспокоиться об этих ситуациях, и что я такая никчемная, и чувствовать себя подавленной. Потом это снова перешло бы в гнев.

Терапевт: Итак, руминация последовательно переключалась между гневом и самообвинением.

Эмили: Да.

Терапевт: Как все закончилось?

Эмили: Я была настолько истощена и измотана, что в конце концов заснула.

Терапевт: Спасибо, что рассказали об этой ситуации более развернуто. Я вижу, что она оказалась для вас тяжелой и стрессовой. Как вы опишите свой опыт пребывания в ней и ее детального разбора сейчас?

Эмили: Это тяжело, заставляет возвращаться к некоторым чувствам. Я испытываю небольшой стресс, но это полезно, чтобы рассмотреть произошедшее и поделиться этим с кем-то. Я вижу, что здесь есть определенная закономерность.

Терапевт: Хорошо. Давайте рассмотрим это и попробуем извлечь из случившегося уроки. Все выглядит так, что нужно признать: вы уже испытывали стресс и нервничали перед встречей с вашим бывшим партнером. Мы сможем узнать еще больше, если рассмотрим момент, когда вы смогли отказаться от руминации в похожей ситуации и выявить различия между тем моментом и этим, когда вы увязли в ней. Возможность заметить, когда ваши стратегии работают, а когда — нет, дает нам определенные преимущества. Можете припомнить другой раз, когда вам пришлось встретиться со своим бывшим, но все было по-другому и вы не попали в плен руминации?

Эмили: Да, мне пришлось пойти к нему снова на неделе, чтобы закончить упаковывать вещи, и на этот раз я справилась гораздо лучше, хотя ему все еще было трудно.

Терапевт: Звучит как отличный пример, который полезно рассмотреть в деталях. Что случилось в тот раз?

Эмили: Я пришла к нему в воскресенье, чтобы забрать мебель и другие вещи. Снова была в квартире и рассматривала, что осталось из вещей. Он опять сказал, что мне нужно быстро разобраться с этим, и цеплялся ко мне по поводу того дня. Тем не менее на этот раз я была спокойнее и сумела остаться собой, хотя испытывала небольшой стресс и смирилась с тем, что происходит; начала принимать решения. Было трудно, но я справилась.

Терапевт: Как вы себя чувствовали в той ситуации?

Эмили: Я стала слегка напряженной, меня бросило в жар, сердце забилось быстрее — все признаки того, что я становлюсь раздражительной и тревожной. Но я сохранила свое мышление ясным.

Терапевт: Что вы сделали такого, что помогло сохранить ясность мышления?

Эмили: Я решила просто сфокусироваться на выполнении работы и постоянно напоминала себе: нужно сделать все по списку.

Терапевт: Какой список?

Эмили: До того, как пойти к своему бывшему, я сидела и записывала, что хочу забрать, отмечая, что можно увезти в машине за одну поездку. Поэтому я была подготовлена.

Терапевт: Звучит как хороший план. Было ли еще какое-то отличие в том, что произошло перед тем, как вы увиделись со своим бывшим в тот раз?

Эмили: Я договорилась встретиться с ним днем и перед отъездом провела утро с подругой Джой. Это помогло мне чувствовать себя спокойно и безмятежно.

Терапевт: Как насчет поездки туда?

Эмили: Я не спешила, и движение было намного спокойнее, поэтому в этот раз путешествие оказалось более расслабленным.

Терапевт: Понятно. Звучит так, что вы чувствовали себя гораздо спокойнее, прежде чем пошли туда во второй раз. Возможно, это помогло вам справиться с ситуацией. Кроме того, вы были лучше подготовлены, имея список, — он помог сохранять ум сфокусированным и ясным. Правильно?

Эмили: Да, во второй раз я испытывала меньший стресс и была в лучшем состоянии, чтобы разругать ситуацию со своим бывшим.

Терапевт: Похоже, вы лучше справились во второй раз. На чем именно вы сфокусировались и что сказали себе?

Эмили: Продолжив заполнять ежедневную форму самонаблюдения, я заметила, как бесполезно было позволить ему поддевать меня в предыдущий раз и что это лишь подливало масло в огонь. На сей раз я решила не отвечать и сформулировала некоторые правила, что я буду делать и говорить. Например, что мои ответы должны быть максимально короткими и прямыми, просто «да» или «нет». И что сфокусироваться следует на текущей задаче. Я подумала, что могу побеспокоиться обо всех трудностях наших отношений в другой раз.

Терапевт: И как это сработало?

Эмили: Это помогло мне сфокусироваться и быстрее уйти. Я все еще испытывала стресс и не знаю, как долго смогла бы держать себя в руках. Сомневаюсь, что сумела бы продолжать в том же духе долго или даже некоторое время с моим бывшим, но я сделала это на днях.

Терапевт: Хорошо. То есть, придя к своему бывшему во второй раз, вы не стали повторять сценарий первого раза, а, записав первый случай в дневнике, изменили свое окружение и реакцию, чтобы лучше справиться. Чему вы можете научиться, сравнивая две эти ситуации?

Эмили: Было полезно подготовиться заранее, иметь список того, что я собираюсь сделать, и продумать план действий в ответ на действия бывшего.

Терапевт: Что вы сделали, чтобы успокоиться перед встречей с ним?

Эмили: Я меньше суежилась и не так торопилась, поэтому не чувствовала себя напряженно из-за поездки к нему. Провела время с близкой подругой, прежде чем выехать, благодаря чему у меня появилось хорошее настроение перед встречей.

Терапевт: Похоже, во второй раз вы все организовали так, чтобы было спокойнее перед встречей с бывшим, и это удержало вас от того, чтобы завестись, и облегчило управление ситуацией. С учетом подготовки — в частности, с очень конкретными и подробными планами, что делать и говорить, — вам было проще справиться с ситуацией во второй раз, вы не вступили в спор и не увязли в руминации. Я правильно излагаю?

Эмили: Да. После того как я услышала все в вашем изложении, стало очевидно, что мне по силам лучше справляться. Стыдно и глупо, что я раньше этого не делала.

Терапевт: Хорошая новость состоит в том, что это указывает на вашу способность делать простые вещи, которые могли бы помочь в будущем, например, уделять время для чего-то расслабляющего и тщательно готовиться к стрессовым ситуациям. Не думаю, что надо осуждать себя за что-то. Ведь вы придумали и воплотили в жизнь все планы, доказав, что умеете это делать. Большинство людей не умеют делать такие простые и иногда очевидные вещи, потому что не всегда обращают внимание на то, что делают, в деталях, как мы с вами только что сделали. Более того, мы обсуждали, что вы увязли в бесполезном способе мышления и что речь идет о привычке. Это объясняет, почему вы не всегда делаете самые полезные вещи. Многие очень умные люди замыкаются на чем-то, снова и снова выполняя бесполезные действия, ставшие привычкой. А привычки часто зарождаются в раннем возрасте и развиваются, когда мы — еще дети и подростки. Они отражают то, чему мы научились со временем. Сравнение двух этих ситуаций показывает, как можно изменить модели поведения, чтобы двигаться вперед. И первым шагом к изменению привычки становится осознание того, что работает, а что — нет, и это именно то, что мы только что сделали.

Эмили: Я думаю, что паттерны — это исчерпавшие себя реакции, которые образовались, когда я была молодой. И это не моя вина. Мне нужно остановиться и осознанно взглянуть на них, чтобы изменить.

Терапевт: Правильно. Может ли такой подход помочь вам в этом?

Эмили: Никогда раньше не удавалось, но это помогло. Проговорив все сегодня, я могу видеть ситуацию в деталях: потерю самообладания, прокручивание того, что случилось. Это более сложная задача, чем просто надеяться на сочувствие.

Терапевт: Размышляя о том, что мы сделали, скажите, по вашему мнению, что вы могли бы сделать в будущем, столкнувшись с трудной ситуацией?

Эмили: Похоже, было бы полезно управлять своим временем и организовывать свое расписание. Если я знаю, что позже мне придется столкнуться со стрессовой ситуацией, то не буду спешить до этого, а сделаю что-то расслабляющее, чтобы привести себя в хорошее состояние. Еще было бы полезно подготовить конкретный план.

Взгляд терапевта: точки принятия решения и размышления с Эмили

Приведенная выше история еще раз демонстрирует ценность подробных вопросов о контексте, а также использования вопросов для поиска более конкретных деталей о происходящем, чтобы сделать обсуждение руминативных событий максимально насыщенным. Она также показывает ценность сравнения двух разных событий друг с другом, чтобы найти различия, которые могли бы объяснять изменчивость руминации (см. главу 6).

Дискуссия с Эмили подчеркивает, что происходящее до эпизода руминации может играть важную роль и что это потенциально находится под контролем окружающей среды и поведения. Простое планирование и управление непредвиденными обстоятельствами, такие как выделение большего количества времени, нахождение времени на перерывы или планирование расслабляющих мероприятий до и после ожидаемых сложных либо стрессовых ситуаций, конструктивно меняет контекст с целью ограничить руминацию. Этот пример показывает, что изменение непредвиденных обстоятельств среды включает в себя изменение в моделях поведения и управлении временем. Он также

демонстрирует, как конкретная и целенаправленная подготовка может быть полезной в сложных ситуациях.

Как часто бывает, изменения окружающей пациента среды и поведения просты, понятны и, вероятно, даже очевидны. Эти подходы обычно легко реализовать с хорошими шансами на успех. С другой стороны, пациенты часто критикуют себя за то, что они уже этого не делают. Терапевту важно нормализовать это и отметить, что, хотя изменения легко увидеть, если их искать (и задним числом), большую часть времени мы их не ищем. Также требуются согласованные усилия для реализации таких изменений, особенно применительно к привычным способам поведения.

Подумайте о своем личном опыте. Я думаю, что некоторые из названных принципов организации времени, такие как отдых в спокойной обстановке перед ожидаемым трудным событием, применимы к вашей собственной жизни. Интересно, сколько из них вы на самом деле применяете на регулярной основе? Я знаю, что мне не всегда удастся претворять эти принципы в жизнь. Многие из нас знают о простых и разумных вещах, которые могли бы делать, чтобы улучшить качество жизни, но не всегда их реализуют.

Приведенный диалог иллюстрирует, как терапевт решает данную задачу с Эмили. Он также подчеркивает направленность сократовских вопросов в СРКПТ. Вопросы сфокусированы на полезности того, что делает Эмили; освещении того, чему она может научиться и что она может делать дальше. В этом обсуждении возможные изменения в поведении Эмили, способные сделать ее более эффективной, определены путем сравнения событий с разными исходами и кратко излагаются терапевтом, который затем просит Эмили обобщить их, чтобы проверить, что она узнала. Наконец, терапевт просит ее подумать о том, как она могла бы использовать их в будущем. Вопросы служат для того, чтобы выделить новые способы ведения дел и тесно связать их с действиями и планами.

Контробусловливание руминативной привычки: создание «если..., то...»-планов

Как только пациенты определили предупреждающие знаки для руминации, ключевым шагом в СРКПТ является создание явных «если..., то...»-планов для их использования, когда эти знаки замечают, чтобы прервать и прекратить руминацию, заменив ее более полезной стратегией. Повторная практика данных планов направлена на развитие новой полезной привычки вместо руминации путем контробусловливания альтернативной, не совместимой с руминацией реакции на тот же сигнал.

Такие планы называются «если..., то...»-планами, или планами на случай непредвиденных обстоятельств, поскольку связывают возникновение одного события (предупреждающий знак или сигнал) с приведением в действие нового поведения. Это поведение объясняется пациентам как просто «если..., то...»-планы, потому что оно описывает структуру плана: «Если я замечаю предупреждающий знак, то использую эту альтернативную реакцию вместо руминации». Описывая триггер и реакцию, «если..., то...»-план делает реакцию четкой и увеличивает вероятность ее применения. Логика связи запланированного действия и выявленного предупреждающего знака заключается в том, что это помогает реакции держаться в сознании пациента и вспоминать ее в повседневной жизни. Данный подход основан на экспериментальной литературе о реализации намерения (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer & Sheeran, 2006; Holland, Aarts & Langendam, 2006).

Цели и планы гораздо чаще реализуются, если у них есть намерение для осуществления, то есть явное утверждение «я сделаю это в определенное время и в определенном месте» (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer & Sheeran 2006; Holland et al., 2006). Столь явное обязательство с указанием четких сроков снижает риск откладывания (например, «я сделаю это завтра») и риск того, что план будет реализован, лишь «когда мне хочется, или когда я чувствую себя достаточно хорошо, чтобы сделать это». При определении действия для осуществления намерения пациенты должны указать как, когда, кто и где — реакции, ведущие к достижению цели. Таким образом, пациент связывает шаги с целями и планы — с сигналами среды, а не с чувствами. Такой подход особенно полезен для снижения промедления и склонности пациентов с депрессией делать что-то, лишь когда они достаточно хорошо себя чувствуют. Он отделяет начало плана от чувств и связывает его с более стабильными факторами, такими как выполнение другой задачи, конкретным местом или определенным временем.

Например, пациентов можно побудить к составлению планов, которые принимают форму «Если возникнет ситуация X, то я выполню действие Y». Благодаря созданию планов с привязкой к окружающей пациентов среде они становятся более последовательными и начинают устанавливать некий контроль над тем, что они делают, вместо того, чтобы позволять чувствам диктовать свои условия. Кроме того, есть доказательства того, что создание «если..., то...»-плана может повысить автоматичность и уменьшить умственные усилия, необходимые для реализации плана (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer & Sheeran, 2006; Holland et al., 2006). По всем этим причинам СРКПТ использует «если..., то...»-планы как самый простой и запоминающийся способ формирования планов на случай непредвиденных обстоятельств для замены руминации. Реализация намерений

приводит к улучшению инициации действий (Brandstätter, Lengfelder & Gollwitzer, 2001).

Кроме прямого указания, как, когда и где будут выполняться планы, бывает полезно научить пациентов задавать себе вопросы «С чего мне начать?» и «Как я завершу начатое?». Как только введена концепция планирования действий, ее следует связать с другими аспектами терапии, особенно с домашними заданиями.

Планы на случай непредвиденных обстоятельств аналогичны и подобны подходу в рамках ПА (Addis & Martell, 2004; Martell et al., 2001), который относится к ПИРТ, или Паттернам Избегания Реакции на Триггеры (TRAPS, Trigger Response Avoidance Patterns), и выходу из этих ловушек, чтобы вернуться к АПРТ — Альтернативному Преодолению Реакции на Триггер (TRAC, Trigger Response Alternative Coping). И СРКПТ, и ПА разделяют идею обнаружения предупреждающего знака или триггера — antecedenta — к нежелательному целевому поведению, вызывающему реакцию (например, грустное настроение), за которой следует избегание (например, отступление от планов, руминация). Как ПА, так и СРКПТ используют идею замены реакции избегания функциональным и адаптивным альтернативным поведением. Таким образом, «если..., то...»-планы и переход от ПИРТ к АПРТ концептуально эквивалентны. И то и другое можно использовать с пациентами для объяснения процесса. Основное различие между СРКПТ и ПА заключается в том, что СРКПТ подчеркивает, что нежелательная руминация и избегание — привычка, связывающая важность сигнала как автоматического триггера руминации и необходимость повторяющейся практики несовместимой альтернативной реакции, чтобы произвести устойчивые изменения. СРКПТ также сформулировала эти планы на случай непредвиденных обстоятельств как «если..., то...»-планы, чтобы получить основанную на фактических данных выгоду от осуществления намерения.

Эти планы необходимо детально разработать с помощью мнемоники SMART. Они сработают лучше, если будут строиться на основе ФА; для «если..., то...»-планов полезны альтернативные стратегии, основанные на собственном опыте пациентов, осуществивших переход от руминации к более адаптивному мышлению или сокративших продолжительность руминации. Таким образом, планы на случай непредвиденных обстоятельств строятся на собственном опыте пациента и делают его собственные стратегии более эффективными и систематическими.

Экспериментальный подход тоже используется для создания «если..., то...»-планов действий на случай непредвиденных обстоятельств: каждая стратегия

проверяется, чтобы убедиться, насколько она полезна. Рекомендуемые шаги предполагают уроки, извлеченные из ФА, и опробование новых стратегий на сессии в качестве поведенческих экспериментов с последующим их встраиванием в планы, которые будут выполняться каждую неделю. План действий на случай непредвиденных обстоятельств может иметь несколько шагов, включая изменения окружающей пациента среды, изменение поведения и когнитивные корректировки.

Наиболее часто используемые мероприятия в рамках планов действий на случай непредвиденных обстоятельств: (1) прикладная релаксация; (2) решение проблем; (3) визуализации и образы, включая усвоение и сострадание; (4) изменение стилей мышления, чаще всего — стать более конкретным; (5) поведение, направленное на достижения. Например, планы действий на случай непредвиденных обстоятельств для противодействия руминации могут включать в себя использование образов, сфокусированных на процессе усвоения. Каждая из названных интервенций будет подробнее рассмотрена в этой главе или в следующих главах, касающихся обучения конкретности (глава 9), обучения усвоения (глава 10) или обучения состраданию (глава 11). Важно признать, что многие из этих подходов пересекаются, что говорит о том, что мы можем осуществлять интервенцию в нескольких направлениях в рамках одной интервенции.

Планы действий на случай непредвиденных обстоятельств основаны на том, что по мнению ФА наиболее полезно для любого отдельного пациента. Следовательно, альтернативная реакция, которая будет использоваться, полностью индивидуально-специфическая от пациента к пациенту. Нет стандартного и правильного альтернативного поведения. Планы действий на случай непредвиденных обстоятельств могут быть такими простыми, как «Когда я замечу предупреждающие знаки для руминации, позвоню моему другу Джону / моей подруге Сью, чтобы поболтать». Кроме того, планы корректируются в свете эмпирической проверки и опыта. Один набор стратегий может работать очень хорошо для одного пациента, но не для другого. Если стратегия регулярно применяется в течение нескольких недель без каких-либо изменений в руминации или настроении, может потребоваться новая стратегия.

Планы составляются вместе с пациентами, подробно и конкретно. Логика плана передается пациенту по мере его составления. Это естественно вытекает из ФА. Фактически, используя ФА, терапевт обсуждает с пациентом, что есть определенные -антецеденты его бесполезного поведения, и выявляет потенциально полезные альтернативы. «Если.., то...»-план представляет собой формальное планирование того, как систематически использовать выявленную альтернативу в ответ на предупреждающий знак.

Например, в случае Эмили терапевт может сказать что-то вроде:

«Мы узнали из нескольких примеров, что ваша руминация часто начинается, когда вы становитесь напряженной и раздражительной и замечаете, что вам жарко. Вы также говорите о том, что ваш разум затуманивается. Похоже, поиск способа уменьшить напряжение и помочь сохранить ясность ума может стать первым шагом на пути, который позволит справиться с такими моментами. Оглядываясь назад, мы видим, что вы справлялись лучше в моменты, когда испытывали меньший стресс. Исходя из этого, практиковать методы, снижающие напряжение и стресс, может быть шансом уменьшить вашу руминацию. Прогрессивная мышечная релаксация — прекрасная возможность сделать это. Будет особенно полезно, если вы в сознании соедините чувство напряжения с выполнением упражнения на расслабление сразу после этого. Чтобы получить такой эффект, мы составляем «если..., то...»-план. Это словесный способ установить связь: “Если я замечу, что напрягаюсь, то прослушаю мое упражнение на релаксацию”. Что скажете?»

Практика, практика, практика!

Поскольку план действий на случай непредвиденных обстоятельств разработан в качестве альтернативы для замены бесполезной привычки, он требует проведения многочисленных репетиций и многократной практики, чтобы полностью утвердиться и получить максимальный эффект. Терапевт подчеркивает важность многократной практики для пациентов, связывая это с развитием привычки. Следует отметить, что нормально не иметь возможности практиковать новую реакцию каждый раз, потому что старая привычка укоренилась. Но всякий раз, когда практикуется новая реакция, одновременно с ней укрепляется и новая привычка.

На терапевтической сессии полезно применять новый подход или технику с целью убедиться, что пациент знает, как это делать. Кроме того, полезно вести аудиозапись упражнения, чтобы у пациента была структурированная и содержащая пошаговое руководство версия методики, которую он может использовать для практики снова и снова в качестве домашнего задания. Я рекомендую практиковать новый подход ежедневно и всякий раз, когда возникает связанный предупреждающий знак.

Также полезно непосредственно в ходе сессии практиковать использование плана действий в чрезвычайных ситуациях — как реакцию на предупреждающий знак для укрепления ассоциации и повышения вероятности того, что альтернативная реакция будет вызвана предупреждающим знаком, и улучшения

приведения действия плана в реальном мире. Это лучше всего делать через экспозицию пациента к определенному сигналу — либо *in vivo*, либо в воображении. Например, если предупреждающий знак для руминации — раздражение, терапевт просит пациента как можно детальнее вспомнить, когда он чувствовал раздражение, чтобы вызвать соответствующие эмоции и привести часть этого опыта «живьем» в сессию. После того как пациент соприкоснется с этим опытом, сообщит о раздражении и про-явит некоторое раздражение, практикуется новая альтернативная реакция. Таким образом, пациент напрямую и на собственном опыте учится делать что-то другое в качестве реакции на предупреждающий знак. Хорошая идея — многократно практиковать такое сочетание, работая через иерархию экспозиции, начиная с ситуаций, вызывающих легкое раздражение и менее серьезных, а после каждого успеха переходить на следующий уровень иерархии. Так можно практиковать несколько повторений за одну терапевтическую сессию.

Как выбрать триггер в качестве мишени: «если»

Не существует жесткого правила, как выбирать antecedent или предупреждающий знак для плана действий на случай непредвиденных обстоятельств. ФА выявит один или несколько сигналов, которые предположительно являются триггерами руминации (или любого другого поведения, определенного в качестве мишени терапии), например эмоции, мысли, воспоминания или физические ощущения. Любой сигнал, который часто ассоциируется с руминацией и установлен как сопряженный с ней (не возникает, если нет руминации, только когда есть тенденция к ней), — хороший выбор в качестве предупреждающего знака «если» в плане «если..., то...». Конечно, в цепочке предшествующих событий может быть несколько antecedентов, следующих друг за другом. Например, пациентка видит фотографию, которая вызывает у нее грустные воспоминания, что заставляет ее чувствовать грусть. Далее следует мысль: «Почему я?» Все это предшествует приступу руминации. Проверить и отследить antecedенты на ранней стадии в цепочке — отличная практика для их выявления, потому что чем раньше разрывается последовательность, тем проще заблокировать и прерывать руминацию. С другой стороны, пациенту может быть труднее заметить события, происходящие на более ранней стадии в цепочке, так как они бывают менее очевидны и прямо не связаны с руминацией. Кроме того, ранние этапы могут происходить нечасто или не всегда иметь связь с ней, в то время как последующие — быть более тесно связаны с руминацией и чаще происходить. Полезно искать предшествующие события, которые являются частью «окончательного характерного пути» к поведению, выбранному в качестве мишени, такому как руминация. Например, в то время как просмотр печальной картины не всегда становится триггером

руминации, мысль «Почему я?», вероятно, им станет. Кроме того, ряд иных ситуаций способен привести к «Почему я?»-реакции. В практическом плане пациент легко замечает самый подходящий antecedent, и он достаточно часто встречается. Таким образом, терапевт ищет antecedent, который появляется достаточно рано, чтобы было проще нарушить последовательность, и достаточно регулярно, чтобы быть часто происходящим событием, легко замечается пациентом и является частью окончательного характерного пути. Что бы это ни было, предупреждающий знак следует определить с максимальной конкретикой.

Как выбрать альтернативное поведение для непредвиденных обстоятельств: «то»

Практически любое поведение в когнитивно-поведенческом репертуаре — потенциальное альтернативное поведение, которое можно использовать для части «то» плана «если.., то...». Его выбор отражает ФА и формулировку, возникающую из него. Поведение отбирается таким образом, чтобы оно было несовместимо с руминацией и касалось ее гипотетической функции. Оно должно быть полезным для того, чтобы отказаться от руминации и двигаться в сторону конструктивного результата. Определяя возможное альтернативное поведение, мы ищем «путь наименьшего сопротивления» — поведение, не совместимое с руминацией и имеющее наибольшие шансы закрепиться в качестве привычки как реакция на предупреждающий знак. Нет никакой ценности в том, чтобы выбирать новое поведение, которое не противостоит руминации или само по себе действует как форма бесполезного избегания. Отсюда — важность изучения полезности и функции альтернативной реакции. Точно так же нет никакой ценности в том, чтобы выбирать поведение, которое резко прерывает или противодействует руминации, но которое пациент не может многократно использовать в повседневной жизни и которое не может легко стать привычкой.

Существует ряд принципов, которые помогают выбрать конкретную технику для использования.

Функция и формулировка

Мы хотим выбрать подход, который согласуется с формулировкой руминации и действует вразрез с ней. Где возможно, мы также хотим, чтобы альтернативное поведение выполняло те же положительные функции, что и руминация, чтобы заменить ее более полезным поведением с той же функцией. Такая функцио-нальная эквивалентность делает более реальными сохранность,

повторяемость и поддержку нового поведения. Пациентка с большей вероятностью будет использовать поведение, если почувствует, что оно решает важную личную проблему. Более того, если выявленная функция усиливает руминацию, любое альтернативное поведение должно быть усилено, по крайней мере, настолько, чтобы заменить ее, даже когда пациент не осознает функцию руминации. Например, если руминация уменьшает гнев, и этот факт, видимо, усиливает руминацию, а сдерживание гнева важно для пациента, предложенная ему альтернатива руминации, которая не затрагивает гнев, вряд ли вызовет большой энтузиазм или желание ее практиковать. В этой ситуации определяется альтернативное действие, которое помогает уменьшить гнев, такое как релаксация или сострадание, и с большей вероятностью станет жизнеспособной альтернативой руминации.

Доказательства, основанные на опыте

Есть ли доказательства полезности стратегии, основанной на собственном опыте пациента? В идеале мы хотим использовать подход к лечению, который соответствует тому, о чем пациент уже сообщил в ФА, и для которого его собственный опыт служит доказательством пригодности. Если мы попробовали поведенческий эксперимент или экспериментальное упражнение, и оно подтвердило, что стратегия полезна, это даже лучше. Чем больше у нас доказательств и пилотных данных о полезности такого подхода для конкретного пациента, тем увереннее мы выбираем именно эту стратегию. Мы хотим, чтобы пациент был позитивно настроен и мотивирован попробовать новый подход. Это лучше всего достигается, когда он попробовал подход и нашел его полезным в лечебной сессии. Такой позитивный опыт повышает вероятность того, что пациент будет реализовывать подход и извлечет из него пользу. Еще это означает, что мы знаем, что данный подход может сработать. По этой причине общая последовательность в СРКПТ состоит в том, чтобы (1) определить возможный подход к лечению на основе анализа опыта пациента; (2) совместно опробовать предложенный метод в качестве эксперимента или эмпирического упражнения в течение сессии; (3) если он успешен, запланировать, чтобы пациент практиковал его дальше в повседневной жизни как часть домашней работы.

Репертуар

Включено ли в репертуар пациента поведение, требуемое для данной техники? Мы хотим, чтобы поведение легко адаптировалось. Выбор поведения, которое пациент уже может реализовать и которое не требует нового обучения, помогает

в этом. Если оно есть в репертуаре пациента, мы знаем, что он может это сделать, и его не надо обучать многому в дальнейшем. Это также помогает обосновать поведение и вовлечь в него пациента.

Практичность и простота

Является ли стратегия лечения практичной и простой в использовании? Мы хотим убедиться, что любая интервенция соответствует обстоятельствам пациента и нет практических препятствий на пути ее осуществления. Например, что запланированное действие не слишком дорогостоящее или трудоемкое и осуществимо на практике (скажем, не выходит за пределы физических возможностей пациента). Мы хотим, чтобы новое альтернативное поведение было максимально простым: простые планы лучше сложных. Точно так же, чем лучше альтернативная реакция прописана в конкретных и специфических терминах (что, где, когда, как, кто) и разбита на меньшие шаги, тем лучше. Может ли реакция повторяться снова и снова? Чтобы успешно обучить новой привычке, альтернативную реакцию нужно многократно повторять и репетировать. Если выбранную реакцию трудно повторить, так как она слишком утомительная, длинная или пригодна лишь в ограниченном наборе обстоятельств, такая реакция не станет хорошей альтернативой.

Близость к предупреждающему знаку

Цель в том, чтобы новая реакция была тесно связана с существующими знаками начала руминации. Будет проще, если альтернативная реакция возникнет естественным путем после предупреждающего знака или это реакция, которая имеет некую природную близость и связь с предупреждающим знаком. Такой вариант облегчит изучение взаимосвязи. Совершенно произвольные альтернативы труднее усвоить. Например, если предупреждающий знак является внутренним физическим ощущением, таким как напряжение, то альтернативная реакция, включающая в себя осознанность и фокусировку на физических ощущениях вроде релаксации, будет иметь естественную связь. Если предупреждающий знак представляет собой когнитивную реакцию, например, такую, как вопрос «почему», другая когнитивная реакция, например вопрос «как», подходит более естественно.

Некоторые распространенные альтернативные варианты поведения для планов на случай непредвиденных обстоятельств

Прикладная релаксация

Важная ранняя интервенция в некоторых методах лечения беспокойства (Borkovec & Newman, 1998) — обучение прикладной релаксации, которую пациенты используют наряду с самоконтролем в качестве стратегии, направленной на разрыв цикла тревожного мышления. Релаксация имеет то преимущество, что снижает напряжение и тревогу, которые часто встречаются у этих пациентов. Кроме того, ей легко научиться, так что она обладает потенциалом раннего позитивного опыта для успешного преодоления трудностей и уменьшения симптомов. Поскольку беспокойство и физиологическое возбуждение, как правило, приводят к сильному беспокойству и --руминации, снижение напряжения и тревожности способно их уменьшить. Кроме того, поощряя пациентов фокусировать внимание на физических ощущениях и использовать методы визуализации, релаксация выступает в качестве противовеса руминации и разрывает ее цикл. Релаксация также используется для облегчения работы с образами, поэтому ее усвоение может оказаться полезным для более поздних элементов СРКПТ. У нас есть обнадеживающие доказательства того, что обучение пациентов с депрессией применять релаксацию может оказаться полезным для более поздних элементов СРКПТ. У нас есть обнадеживающие доказательства того, что обучение пациентов с депрессией применять релаксацию в качестве реакции на их предупреждающие знаки — эффективное лечение симптомов депрессии само по себе (Watkins et al., 2012). В исследованиях подчеркивается, что прикладную релаксацию следует практиковать регулярно (дважды в день практика прогрессивной релаксации/дыхания), чтобы пациенты могли быстрее научиться ей и повысить ее эффективность.

Одна из форм прикладной релаксации — прогрессивная мышечная релаксация с замедленным дыханием и использованием образов, способствующих расслаблению (подробный сценарий см. в разделе о прикладной релаксации в Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark, 1989). Согласно подходу, пациенты уделяют внимание разным группам мышц, работая по направлению вниз — от головы к ступням, специально напрягая и удерживая в напряжении каждую мышцу, а затем отпускают и расслабляют ее, опираясь на инструкции терапевта или аудиозаписи упражнения. Отмечено, что после завершения упражнения пациенты становятся более спокойными и расслабленными. Упражнение включает в себя замедление дыхания, глубокое дыхание от диафрагмы и более длительные выдохи, чем вдохи. Эти физические действия помогают снизить напряжение и физиологическое возбуждение в организме, замедления дыхание и частоту сердечных сокращений. Таким образом, релаксация может стать полезной альтернативой, когда

предупреждающим знаком руминации являются напряжение или стресс, и хорошей функциональной заменой руминации, используемой для контроля чувств.

Практиковать релаксацию полезно в терапевтической сессии, а затем назначать ее пациентам для самостоятельных занятий дома с использованием записи сессии. Для дальнейшей практики можно проводить краткую пятиминутную релаксацию в начале каждой сессии. По мере того как пациенты учатся расслабляться, терапевт может провести аналогию между отпусканием напряжения и мыслей и чувств. Затем релаксация используется в качестве модели для более широкой стратегии, помогающей отпустить проблемы и заботы. Как только пациент научится стимулировать данное состояние, полезно практиковать релаксацию более регулярно, используя ее в качестве реакции на предупреждающие знаки руминации.

Решение проблем

Руминация часто начинается как попытка разрешить проблемы под влиянием мыслей об их причинах и следствиях. Таким образом, обучение пациентов более четким стратегиям для разрешения проблем бывает полезно. Подход в виде обучения конкретности улучшает практические навыки и включает в себя элемент решений (см. главу 9).

Кроме того, терапевт может использовать эксплицитный формат терапии (D’Zurilla и Nezu, 1999), предусматривающий следующие шаги:

- оценить и улучшить ориентацию на проблему;
- оценить и улучшить определение проблемы;
- оценить и улучшить генерирование альтернатив;
- оценить и улучшить реализацию решения.

Ориентация на проблему относится к установке пациента на ее разрешение — подход оптимистический или пессимистический, есть ли уверенность, что предпринимаемые действия находятся в пределах его возможностей. Генерирование альтернатив относится к способности думать о разных способах разрешения проблем. Их реализация — это реализация любых планов с последующей оценкой и уточнением в свете происходящего.

Терапия, направленная на разрешение проблем, обеспечивает подготовку в любой из данных областей. Терапевт адаптирует подход к ФА, используя анализы АВС и КПРА, чтобы посмотреть на попытки пациента разрешить проблемы и определить, где они захвачены руминацией. Детальный анализ таких попыток и сравнение успешных вариантов с теми, в результате которых пациенты увязли в руминации, поможет определить, где процесс идет неправильно.

Для многих депрессивных руминаторов затруднения в разрешении проблем — следствие чрезмерной генерализации и бесполезного абстрактного стиля мышления (например, задавание вопросов «Почему это случилось со мной?» или «Что это значит?», вместо того чтобы спросить себя: «Как я могу что-то с этим сделать?»; «Что я могу сделать сейчас, чтобы улучшить ситуацию?»). Данный стиль мышления часто проявляется в трудностях, связанных с определением проблемы. В конечном итоге она формулируется слишком абстрактно, с упором на оценки и сравнения. Такой абстрактный, чрезмерно общий стиль мышления тоже, вероятно, вызовет трудности при разработке альтернативных планов действий. По этой причине обучение конкретности становится полезной альтернативой, если руминация препятствует разрешению проблем.

Для плохой ориентации на проблемы терапевт может использовать визуализацию успеха и позитивно направленного разговора с самим собой — для увеличения позитивной ориентации (см. репетицию планов в воображении в главе 9). При плохом навыке определения проблемы терапевт обучает пациента задавать вопрос «В чем проблема?» и искать все факты. Определение проблемы тесно переплетается с постановкой целей: и в том, и в другом случае пациенты должны научиться выявлять препятствия и устанавливать реалистичные цели для определения проблемы. Таким образом, раздел, посвященный постановке целей SMART (см. главу 5), имеет отношение к решению данной задачи. Переход к более полезным стилям мышления (например, «как» или «почему») тоже помогает (см. главу 9).

В случае плохого генерирования идей терапевт обучает пациента мозговому штурму и отсрочке принятия решения. Например, пациенту предлагают подумать о максимально большом количестве вариантов применения кирпича, при этом запрещают исключать какие-либо варианты и высказывать суждения о них. ФА, в котором сравниваются эффективные и неэффективные попытки разрешения проблем, помогает генерировать возможные альтернативы.

При плохих навыках принятия решений терапевт учит пациента использовать оценки вероятности и анализ затрат и выгод для улучшения решений. Например,

рекомендуется рассмотреть потенциальные преимущества и недостатки, краткосрочные и долгосрочные, для себя и для других, для каждого потенциального решения, а также вероятность того, что решение будет успешно работать. Этот подход естественным образом исходит из функциональной философии СРКПТ.

Замена избегающего поведения целенаправленным

Когда формулировка предполагает, что функция руминации заключается в том, чтобы избежать нежелательного результата, нежелательного «Я» или мотивировать себя, планирование целенаправленного поведения часто — эффективная альтернатива и противник руминации (см. табл. 7.1 для распространенного избегающего поведения). Цель, которой служит руминация, пересматривается и переформулируется вместе с пациентом, чтобы перевести ее с избегания («чтобы избежать эгоизма», «чтобы предотвратить плохие вещи») на целенаправленность и продвижение («чтобы стать более вдумчивым человеком», «чтобы поощрять хорошие вещи»). Такое переключение помогает уменьшить избегание и увеличивает вероятность контакта пациента с вознаграждением и позитивным подкреплением. Это также способствует большему контакту пациента с миром, улучшает его шансы узнать что-то новое. Кроме того, прогресс в достижении целей при таком типе поведения, как правило, легче заметить, чем в достижении целей избегающего поведения (см. табл. 7.2 для распространенного целенаправленного поведения).

Такой рефрейминг включает в себя предложение пациенту попробовать альтернативные варианты, например:

«Вместо того чтобы пытаться удержать себя от высокомерия, снова и снова занимаясь самобичеванием в своих руминациях, интересно попробовать альтернативный способ достичь той же цели — работать над тем, как вы можете стать более приятным человеком. Что бы вы могли сделать для этого? Что бы вы делали по-другому?»

При планировании и увеличении целенаправленного поведения терапевт его прямо обсуждает и формулирует в качестве альтернативы руминации и избегания. Пациенту рекомендуется использовать целенаправленное поведение в качестве альтернативной стратегии, когда он сталкивается с проблемами или подвергается воздействию триггеров руминации. Таким образом, увеличение целенаправленного поведения связано с самоконтролем и ФА-подходом. Его лучше всего вводить как поведенческий эксперимент, способ тестирования чего-

либо напрямую, а не пытаться продумать все в голове. Прогнозы можно обсудить, а затем протестировать (например, «Что, по-вашему мнению, произойдет, когда вы попробуете это?»; «Как, на ваш взгляд, можно определить, что произойдет?»).

Таблица 7.1. Распространенное избегающее поведение

Руминация	Избегать конфликтов
Оставаться в постели	Избегать риска, проблем и ответственности
Оставаться дома	Отвлекаться
Откладывать выполнение работы	Анализировать события снова и снова на предмет определенности и контроля
Избегать людей	Искать заверения
Избегать продвижения по службе на работе	Жаловаться
Избегать оценки, суждения других (например, тесты, экзамены, собеседования)	Эмоциональное избегание (блокирование, подавление)
Когнитивное избегание, в том числе абстрактное мышление	

Целенаправленное поведение с большей вероятностью будет успешным, если станет подлинной функциональной альтернативой нежелательным руминациям или избеганию и решает те же проблемы. Например, пациент, который использует руминацию, чтобы избежать злости, может научиться релаксации, чтобы контролировать физиологическое возбуждение с последующей постепенной экспозицией к другим людям с целью практиковать сохранение самообладания. Альтернатива целенаправленному поведению здесь — ассертивность.

Разрабатывайте поведенческие планы максимально конкретными и специфическими (снова используя SMART). Важно указывать количество раз в неделю, конкретное время для осуществления плана и любые возможные препятствия, а также репетировать пути их устранения.

Важным аспектом целенаправленного поведения является поощрение пациентов уделять внимание опыту. Терапевт предписывает им фокусироваться и осознавать все ощущения (цвета, формы, звуки, запахи, текстуры) во время деятельности, такой как прогулка или выполнение работ по дому, — в качестве средства временного снижения руминации.

Таблица 7.2. Общее целенаправленное поведение

Прямое действие	Выражать чувства к другим
Обращаться к людям за помощью и поддержкой	Социальные контакты
Быть ассертивным	Планирование деятельности — удовольствие и мастерство
Выражать чувства к другим	Тестирование методом проб и ошибок в реальном мире
Рисковать	Решение проблем
Пробовать что-то новое	Обучение и развитие навыков
Принимать решения и создавать планы	Позволять себе испытывать чувства
Брать на себя ответственность	Помнить детали

Спрашивая пациентов, что они помнят о видах, звуках, запахах и другом сенсорном опыте, можно создавать подсказки о том, насколько они действительно были вовлечены в то, что делали. В качестве альтернативы можно попросить их потратить несколько минут на то, чтобы заметить разные формы и оттенки цвета в окружающем пространстве или разнообразие звуков. Пациенты могут использовать такие вопросы самостоятельно, как способ взаимодействия с внешними стимулами во время руминации. Этот подход развит и проработан далее в главе 10.

При расширении деятельности полезно сфокусироваться на ее позитивной, приятной стороне и сохранять планы простыми. Нужно следить за мыслями, мешающими решению задач, и за следствиями этих мыслей; четко определять негативные прогнозы и тестировать их.

Поскольку пациент, который руминирует, вероятно, будет обеспокоен оценкой своей работы и тем, как его воспринимают, терапевт может отметить, когда это уместно, что планы не связаны с проверкой его самого и с тем, что он может сделать, а скорее являются дополнительными возможностями увидеть происходящее, когда он делает что-то иначе. Например, терапевт может сказать: «Это не проверка для вас, а проверка того, что вы делаете, и того, поможет ли данное действие справиться с депрессией».

Целенаправленное поведение может быть и частью «если..., то...»-плана или интегрировано в управление непредвиденными обстоятельствами окружающей пациента среды и поведения. Например, разработка более увлекательных видов деятельности может стать одним из способов снизить общую вероятность начала руминации. Так, для Рут спокойное времяпрепровождение вечером, после того как она уложила детей спать, было определено как период риска для

руминации. Планирование разных целенаправленных видов деятельности в этом случае меняет среду, чтобы уменьшить руминацию.

Глава 8. Практика по разработке интервенций

Устранение трудностей и препятствий

В качестве практики по разработке интервенций из ФА в данной главе дано краткое изложение нового кейса (Питер) и примеры заполненных форм «Антецедент — поведение — следствие» (АВС). Это служит основанием для продумывания формулировки для Питера и изучения альтернативных возможностей его лечения. В конце главы коротко излагаются альтернативные варианты формулировки и лечения. Затем рассматриваются общие трудности и пути их устранения.

Работа с формулировкой СРКПТ

Пример: случай Питера

Питер — 35-летний женатый мужчина, без детей. Работает полный рабочий день в офисе администратором на государственной службе. У него хорошие отношения с женой. Он сообщает о длительной истории хронической депрессии и тревоги. Текущие симптомы умеренно высокие ($BDI = 30$). Питер признает, что много руминирует и что это — проблема. Он говорит, что всегда анализирует то, чем занимается, и, как обнаружил, застревает в чрезмерном обдумывании. На начальных терапевтических сессиях Питер и его терапевт достигли соглашения о том, что руминация — ключевая трудность и привычка, и договорились вместе работать над ней.

Типичное содержание руминативных приступов Питера включает в себя вопросы: «Почему люди так себя ведут?»; «Что это значит?»; «Почему они это сделали?»; «Почему я так себя чувствую?»; «Что он/она имел/а в виду?»; «Что он/она будет делать дальше?»; «Почему он это сказал?»; «Почему это случилось?»; «Почему у меня такие мысли?»

Его руминация часто возникает в результате взаимодействия с окружающими, особенно когда есть некоторая двусмысленность и неуверенность в том, что другой человек делает или имеет в виду, например, когда он говорит что-то неоднозначное, читает письмо, полученное по электронной почте, и не уверен на счет тона, или когда его вызывают на встречу. Руминация увеличивается до и после таких взаимодействий. Он также много руминирует о прежних трудностях

наподобие завершения отношений или о том, о чем сожалеет. Питер часто устает на работе и чувствует, что теряет лицо перед людьми.

Предупреждающие знаки для его руминации связаны с физическими ощущениями, такими как чувство напряжения или жара, чувство неловкости, а также сужение фокуса внимания до своих проблем. Питер описывает себя как человека очень рационального и логичного, который любит понимать и осмысливать вещи. Он считает себя человеком научно-аналитического склада, хорошо умеющим все уладить. Раньше, когда он чувствовал себя лучше, у него была большая физическая нагрузка и более активная общественная жизнь: он любил бегать по пересеченной местности и сплавляться на байдарках с друзьями. Перестал этим заниматься с тех пор, как депрессия усилилась.

В его анамнезе — период издевательств в школе, когда он стал довольно застенчивым и начал много думать о том, как сталкивался с другими людьми, пытался выяснить, что может привести к издевательствам и как их избежать. Питер охарактеризовал себя как довольно академичного мальчика, сосредоточенного на своей учебе.

На ранних лечебных сессиях терапевт рассмотрел несколько примеров руминации вместе с Питером, которые кратко изложены в двух формах «Антецедент — поведение — следствие» (АВС) (см. рис. 8.1 и 8.2). Вместе они также рассмотрели ситуацию, когда Питер не руминировал так сильно (обобщенные данные см. в табл. 8.1). В рамке на странице 166 в качестве руководства приведена информация о том, как сформулировать кейс Питера и разработать планы лечения, а затем сравнить их с последующим обсуждением.

Антецедент	Что предшествует В? Что является триггером В: событие, чувство, мысль, человек, место, время, действие? Определить контекст: где, когда, кто, что, как?
	Офис открытого плана. Сидит за столом. Приходит электронная почта от начальника с назначением встречи на следующий день. Первые мысли:

«Интересно, о чем эта встреча?»; «Чего может хотеть мой начальник?». Легкая тревога и опасения, напряжение	
Поведение	То, что вы сделали: укажите детали, какое поведение характерно и увеличивается его частота или уменьшается. Предоставить подробную информацию о том, как все происходит (например, содержание и стиль руминации). <i>Начинает думать о встрече: «О чем может быть встреча? Чего хочет мой босс? Что это значит? Я сделал что-то не так? Что, если у меня проблемы? Что, если я выставлю себя дураком на встрече? Почему он назначил встречу? Что будет на встрече? Почему он хочет меня видеть? Почему он так себя ведет? О чем он думает?»</i> <i>Вспоминает последние встречи и прокручивает в голове разные результаты</i>
	Следствие Что является следствием В — положительным/отрицательным, кратко-срочным/долгосрочным; для себя, для других — для значимых целей? Какой у него эффект? Что оно увеличивает/уменьшает? Каковы его плюсы/минусы? Чего оно избегает? Что произойдет, если вы не сделаете В? Какой будет эффект, если не делать В? Что бы вы делали вместо этого? Каким было следствие В в прошлом? <i>Трудно сосредоточиться на других задачах, руминация длится несколько часов. Стал тревожным, но немного лучше подготовился к встрече.</i> <i>Ответы на вопросы: «Чего это позволяет избежать?»; «Что бы</i>

случилось, если бы я так не думал?»

«Мне нужно понять, что происходит, и других людей. Я хочу быть готов, убедиться в том, что все пройдет гладко»

Рис. 8.1. Пример 1 заполненной формы «Антецедент — поведение — следствие» (АВС) для Питера

Антецедент	Что предшествует В? Что является триггером В: событие, чувство, мысль, человек, место, время, действие? Определить контекст: где, когда, кто, что, как?	
	<i>Слегка напряженное ожидание встречи с начальником и ожидание того, что произойдет; просмотр телевизора в гостиной дома — передача о месте, где я провел отпуск с бывшей девушкой до того, как женился.</i> <i>Это вызывает воспоминания о том отпуске, которые приводят к воспоминаниям об окончании отношений.</i> <i>Фокус внимания сужается на себя</i>	
	Поведение	Что вы сделали: поведение, выбранное в качестве мишени терапии, чтобы разобраться, и увеличение или уменьшение. Укажите детали, как все происходит (например, содержание и стиль руминации). <i>Руминация о конце отношений, интрузивные воспоминания о последних днях и грустные о том, когда подруга сказала, что все кончено.</i> <i>«Почему эти отношения закончились?»; «Почему</i>

<i>она рассталась со мной?»; «Что это говорит обо мне?»;</i> <i>«Почему ничего не получилось?» Эти мысли вызывают у меня беспокойство и напряжение, но затем приводят к другим мыслям, таким как «Почему я думаю об этом сейчас?»</i>	
	Что является следствием В — положительным/отрицательным, кратко-срочным/долгосрочным; для себя, для других — для значимых целей? Какой у него эффект? Что оно увеличивает/уменьшает? Каковы его плюсы/ минусы? Что оно избегает? Что произойдет, если вы не сделаете В? Какой будет эффект, если не делать В? Что бы вы делали вместо этого? Каким было следствие В в прошлом? <i>Чувствую тревогу, вину и стыд. Если бы я не обдумал это и не разобрался во всем до конца, то мог совершить такую же ошибку.</i> <i>В прошлом я чувствовал, что мысли такого плана иногда помогли избежать чего-то плохого</i>

Рис. 8.2. Пример 2 заполненной формы «Антецедент — поведение — следствие» (ABC) для Питера

ТАБЛИЦА 8.1. Сравнение изменчивости в продолжительности и результатов реакций Питера

Что: сообщение по электронной почте, разосланное коллегами, представляло собой слегка неоднозначный обзор с оценками работы, выполненной ранее, в том числе той, в выполнении которой участвовал Питер.

Где: На работе.

Когда: Первым делом утром.

Как: Задается вопросом, что это может означать — с некоторой первоначальной тревогой, но затем напомнил себе о недавних положительных отзывах коллег и клиентов. Другой вовлеченный в работу коллега был в офисе, и Питер спросил его, что он думает об этом. Тот выразил мнение, что это не важно.

Кто: Другой присутствующий коллега.

САМОПРОВЕРКА: Планирование вариантов лечения для Питера

Посмотрите на информацию на рис. 8.1 и 8.2 и в табл. 8.1 и начните составлять формулировку и возможные лечебные интервенции для Питера. Следующие вопросы полезны терапевту для разработки формулировки и планирования лечения:

- Что предшествовало руминации Питера?
- Какие распространенные и частые antecedенты руминации?
- Предполагает ли это возможные изменения в окружающей пациента среде или его поведении, чтобы уменьшить -сигналы к руминации?
- Что следует за руминацией?
- Каковы ее краткосрочные эффекты и следствия?
- Каковы ее долгосрочные эффекты и следствия?
- Как могла развиваться руминация?
- Как это знание могло бы способствовать обоснованию, данному Питеру?
- Что это говорит о возможных функциях руминации?
- Как дальше протестировать эту рабочую гипотезу?
- Какая еще информация мне нужна?
- Что нужно проверить подробнее при обсуждении конкретных примеров?
- Какие возможные внешние модераторы окружения влияют на частоту, продолжительность или полезность руминации Питера?
- Какие возможные поведенческие или психические модераторы у Питера, влияющие на частоту, продолжительность или полезность его руминации?

- Какие поведенческие эксперименты в ходе сессии могут быть информативными и терапевтически полезными?
- Какие следующие шаги могут дать возможности для интервенции?
- Какое наблюдение может быть полезным для Петра?
- Какие изменения в окружении и распорядке могут прервать сигналы к руминации?
- Какое альтернативное поведение Питер мог бы практиковать в «если... то...»-плане?

Размышления о Питере: рассмотрение формулировки и возможных вариантов лечения

- **Что происходит перед руминацией? Какие распространенные и частые antecedенты к его руминациям?** Чувство напряжения; фокус внимания сужается; задает «почему»-вопросы; ситуации, когда Питер обеспокоен тем, что о нем могут подумать другие люди; неопределенность и двусмысленность, особенно в социальных ситуациях.
- **Предполагает ли это возможные изменения в окружающей пациента среде или его поведении, чтобы уменьшить сигналы к руминации?** Нет никаких очевидных сигналов в окружении пациента, которые можно устранить, и это не было бы контрпродуктивным. Мы не хотели бы уменьшать руминацию за счет избегания всех ситуаций. Вероятно, можно устранить напоминания о некоторых более ранних тревожных событиях, хотя они могут и не быть значимыми. У Питера есть целый ряд возможностей лучше справляться со своими непредвиденными обстоятельствами, вызывающими у него стресс, например, выделять время, чтобы успокоиться и расслабиться — это уменьшило бы его напряжение и тем самым снизило бы руминацию.
- **Что следует за руминацией? Каковы ее краткосрочные эффекты и следствия?** Плохая концентрация, иногда больше тревоги, иногда — меньше; чувствует себя более подготовленным к ситуациям. Питер хочет разобраться во всем и быть готовым ко всему. Он чувствует вину и стыд. Иногда возникает ощущение, что мысли такого плана помогали избежать чего-то плохого.

- **Каковы ее долгосрочные эффекты и следствия?** Депрессия со временем усилилась, и Питер делает все меньше (снижает физическую и социальную активность).
- **Как могла развиваться руминация?** Она могла развиваться как следствие издевательств в детстве и его попытки понять, что происходит, и предотвратить это, думая о произошедшем снова и снова.
- **Как это знание могло бы способствовать обоснованию, данному Питеру?** Оно помогает объяснить, по какой причине сложилась его склонность заикливаться на двусмысленности и неопределенности. Она имела смысл, когда над ним издевались, чтобы избежать неприятностей, и была переучена, поэтому сейчас стала привычкой, которая возникает в разных ситуациях. Питер, возможно, научился и тому, что логический анализ успешно решал академические задачи, тем самым развивалась привычка думать о чем-либо, но без понимания, что такое абстрактное мышление может работать не так хорошо при эмоциональных трудностях.
- **Что это говорит о возможных функциях руминации?**

Есть несколько возможных функций, которые не исключают друг друга:

1. Пытаться понять, почему происходят нежелательные события и почему люди так действуют, чтобы разобраться и избежать проблем, а также повторения ошибок. Это согласуется с высокой частотой вопросов, сфокусированных на причинах и значениях («Почему?»). Такие вопросы могут задаваться снова и снова, даже когда на них нельзя получить окончательный ответ. Действительно, если достижение понимания крайне важно, Питер может удвоить попытки задавать себе эти вопросы, потому что они остаются без ответа («Я не получаю ответа, поэтому мне нужно стараться больше»).
2. Подготовка к ситуациям, чтобы его не застали врасплох, когда все происходит, и желание быть готовым к негативным событиям. Это форма предупреждения того, что может произойти с помощью предвидения.
3. В основе (1) также может лежать функция попытки быть уверенным в чем-либо, прежде чем делать это, — с целью избежать чего-либо неправильного.

4. Много мыслей в голове, но не дел в реальности, поэтому можно выделить функцию избегания: чтобы не попадать в неприятности с другими людьми, лучше просто не взаимодействовать с ними.

- **Как дальше протестировать эту рабочую гипотезу?** Такие гипотезы можно протестировать, посмотрев на дальнейшие примеры и увидев, появляются ли одни и те же закономерности, делясь рабочей формулировкой с Питером и сверяя ее с ним, а также используя соответствующие поведенческие эксперименты. В частности, терапевт мог попросить привести примеры ситуаций, когда Питер чувствовал, что ему не хватает понимания или подготовки к событиям, чтобы увидеть, связано ли это с усилением руминации. В противоположность этому, было бы полезно посмотреть, уменьшается ли руминация, когда у него появилось понимание или он чувствовал себя подготовленным. Сравнение таких ситуаций может указывать на факторы среды и поведенческие факторы, которые влияют на его понимание или попытки быть подготовленным, что может внести вклад в улучшенные планы.

- **Какая еще информация мне нужна?**

Было бы полезно определить, хорошо ли работают его нынешние стратегии с точки зрения понимания и подготовки. Насколько хорошо работает руминация для понимания своих эмоций или реакций других людей? Это увеличивает вероятность того, что данная стратегия не так успешна, а это приводит к тому, что терапевт и Питер рассматривают альтернативы, которые могут работать лучше. Терапевт также может изучить цели, лежащие в основе потребности Питера в понимании и готовности. Что бы случилось, если бы он чего-то не понял? Что бы случилось, если бы он смог что-то понять? Что бы он тогда сделал? Например, терапевт мог спросить: «Если бы вы поняли все, почему так произошло, что бы это позволило вам сделать?», или: «Что бы вы могли сделать, если бы поняли все происходящее лучше, чем сейчас?», или: «Как бы это понимание улучшило для вас ситуацию?» С помощью приведенных вопросов терапевт исследует потенциальную функцию, стоящую за поиском понимания или подготовки Питера. Одна из гипотез заключается в том, что речь идет о получении определенности или контроля. Возможна иерархия функций, и терапевт хочет установить, какая функция критическая. Такое уточнение улучшит формулировку. Кроме того, она предусматривает источник для последующих изменений. Если поиск понимания Питером заключается в обретении контроля, то терапия способна определить получение контроля в качестве мишени без необходимости улучшать понимание в обязательном порядке. Интервенции

могут усилить контроль Питера, не обращаясь к большему пониманию. Например, терапевт может сказать: «Питер, мы видели, что ваши попытки обрести понимание иногда втягивают вас в тревожные руминации и не всегда приводят к ответам на ваши вопросы. Нужно ли лучше понимать, чтобы получить больший контроль над ситуацией? Что можно сделать, чтобы исправить ситуацию, не понимая ее полностью?» Эта линия исследования ведет к более прямому взаимодействию с реальностью и обращает Питера к целенаправленному поведению.

Аналогичным образом терапевт может изучить ценность попыток получить недостаточный контроль и уверенность, а также то, что является полезной и адаптивной целью для поиска этих измерений. Например, наличие большего понимания, контроля и уверенности, вероятно, повысит безопасность и снизит риск возникновения чего-то плохого. Однако невозможно достичь совершенного понимания, контроля и определенности, а в некоторых ситуациях даже невозможно достичь их высокого уровня. Кроме того, может существовать точка снижения эффективности, когда растущее понимание или усиление контроля (либо попытки сделать это) фактически не приводят к улучшению планов, снижению риска или повышению безопасности. Наличие реалистичных ожиданий от способности получить эти результаты является адаптивным.

Было бы полезно определить взгляды Питера на данные вопросы и рассмотреть идею о том, что достигим лишь ограниченный уровень понимания, контроля и уверенности. Можно проанализировать его собственный опыт, чтобы выяснить, какой уровень понимания, контроля и уверенности реалистичен и к какому полезно стремиться, то есть для анализа функциональной полезности в плане продолжения поисков. Здесь применима концепция «достаточно хорошего» результата, такого как разумный уровень понимания или контроля. Это можно сравнить с необходимостью соответствовать 100 % или идеальным стандартам. Можно пересмотреть относительные преимущества и недостатки (то есть полезность) разных стандартов. Питеру, вероятно, будет полезно признать, что, когда он пытается получить все больше понимания, наступает момент, когда он вкладывает много времени и энергии, не получая никаких дополнительных преимуществ. Рассмотрение практических правил, чтобы решить, помогают ли в действительности повторяющиеся мысли, может стать эффективным подходом, как, например, спросить, приносит ли пользу переосмысливание, задает ли Питер вопросы, на которые нельзя получить ответы, и приводит ли его мышление к планам или действиям.

- **Что нужно проверить более подробно при обсуждении конкретных примеров?**

Было бы полезно изучить вышеупомянутые вопросы. У нас нет особого понимания модераторов его руминации, которые связаны с окружающей средой, поэтому хорошо бы расспросить о внешнем контексте в связи с его руминацией.

- **Какие возможные внешние модераторы окружения влия-ют на частоту, продолжительность или полезность руминации Питера?**

Мы узнали немного о модераторах окружения, которые влияют на руминацию Питера, за исключением того, что неодно-значные и неопределенные ситуации ее усиливают, в то время как устранение неопределенности уменьшает руминации, например, когда коллега сказал, что сообщение не важно. Вполне вероятно, что Питер мог бы изменить свои поведенческие подходы, чтобы уменьшить вероятность неопределенности, например, больше взаимодействовать с людьми, а не обдумывать всю информацию только внутри себя.

- **Какие возможные поведенческие или психические модераторы Питера влияют на частоту, продолжительность или полезность его руминации?**

Чтобы уменьшить руминацию, представляется полезным говорить с другими людьми о ситуации, а не прокручивать ее в голове. По всей видимости, полезно напоминать себе о тех периодах, когда при столкновении с двусмысленностью дела шли хорошо. Как представляется, имеет смысл изменить фокус внимания вовне, на сбор новой информации, а не пытаться анализировать одну и ту же информацию внутри себя.

- **Какие поведенческие эксперименты в ходе сессии могут быть информативными и терапевтически полезными?**

Один из результатов состоит в том, чтобы проверить в поведенческом эксперименте идею задавать вопросы другим, а не самому себе, хотя это может лучше сработать вне сессии. Например, провести самому эксперимент, чтобы сравнить два подхода (спрашивать себя и спрашивать других) и протестировать их разные следствия в повседневной обстановке. Поведенческий эксперимент для изучения того, можно ли с пользой реагировать на сложную ситуацию, переходя напрямую к планам и не уходя в поиск понимания, может быть полезен (например, сравнение решения проблемы с анализом ситуации, чтобы понять ее причины, или сравнивая «как»- и «почему»-манипуляции). Поскольку предупреждающие знаки Питера включают повышенное напряжение и сужение

фокуса внимания, терапевт и Питер могли бы поэкспериментировать, чтобы увидеть, является ли релаксация полезной стратегией преодоления, снижающей его напряжение и придающей ему чувство контроля.

- **Какое наблюдение может быть полезным для Питера?**

Для Питера может быть полезно отслеживать уровни понимания, готовности, определенности и контроля как часть формы дневника, связанного с руминацией, чтобы получить более подробную информацию и изучить отношения между этими состояниями и руминацией. Это могло бы прояснить, улучшается ли понимание и контроль после руминации, проверить ее возможные функции. Терапевт может побудить его уделять больше внимания реакциям напряжения, чтобы определить самый ранний из возможных предупреждающих знаков.

- **Какие изменения в окружении и распорядке могут пре-рвать сигналы для руминации?**

Терапевт должен определить, есть ли конкретные места и периоды времени, когда Питер склонен руминировать и размышляет о том, что произошло. Если определяются некоторые паттерны, это говорит о рутинной деятельности, которая может быть пре-рвана. Наблюдение за своей повседневной деятельностью, выполнение одного дела зараз и выделение времени для релаксации способно улучшить его распорядок и уменьшить руминацию.

- **Какие изменения в окружении и распорядке могут пре-рвать сигналы для руминации?**

Есть несколько вариантов «если..., то...»-планов:

1. Может быть «если..., то...»-план, связывающий предупреждающий знак напряжения с альтернативной реакцией релаксации. Релаксация — прямая и легкая альтернатива, которая хорошо сочетается с чувством напряжения. Однако неясно, затрагивает ли она потенциальные функции, поддерживающие руминацию Питера.
2. Терапевт может поощрить Питера отказаться от размышлений о причинах и значении событий в пользу поиска способов их урегулирования. Это может оказаться хорошим выбором, если обсуждение понимания указывает на то, что поиск понимания — не всегда наиболее полезный подход, и если эмпирическое упражнение в ходе сессии указывает на ценность того, чтобы задавать конкретные вопросы «как» вместо абстрактных вопросов «почему»

(см. главу 9). «Если..., то...»-план в этом случае может выглядеть как «Если я замечу, что начинаю задавать вопросы “почему”, перейду к тому, чтобы задавать более полезные “как”-вопросы».

3. Опираясь на сравнение ситуации, когда Питер лучше реагировал на неоднозначную ситуацию благодаря позитивному воспоминанию, терапевт и Питер могли бы вместе разработать план, в котором пациент ищет предупреждающие знаки чувства неопределенности, а затем сознательно напоминает себе о подобных ситуациях, которые хорошо завершились. Для этого Питеру и терапевту нужно операционализировать его предупреждающие знаки неопределенности, чтобы Питер мог четко и точно их обнаружить. Терапевт и Питер также могут заранее определить конкретные позитивные воспоминания, на которых пациент должен сфокусироваться, чтобы облегчить реализацию данной стратегии.
4. Питер проводит много времени, анализируя ситуации и задавая себе вопросы о том, что случилось, чтобы попытаться осмыслить происходящее. Ему легко увязнуть в подобном мышлении. В одном примере он обнаружил, что спросить кого-то еще о ситуации помогло ее разрешению. В таком случае разумный план может включать переход от избегающей руминации к целенаправленному поведению, сфокусированному на тестировании поведения в реальном мире. Более конкретно, Питер мог бы практиковать переход от вопросов самому себе к вопросам другим людям. «Если..., то...»-план может быть таким: «Если я замечу, что задаю вопросы самому себе о значении того, что произошло, я спрошу чужое мнение». Практика формулировки подобных вопросов для ряда ситуаций в виде ролевых игр с Питером могла бы закрепить план в его сознании, убедиться в том, что будут задаваться полезные вопросы, и отвлечь его от неразумных или контрпродуктивных вопросов.
5. Кажется, одна из функций руминации Питера — избегание ошибок и предотвращение чего-либо плохого. Например, он рассуждал о проблемах в отношениях с бывшей девушкой и с женой, чтобы попытаться предотвратить повторение трудностей. Вместо того чтобы фокусироваться на предотвращении плохого, Питера можно было бы поощрить перейти к более конструктивному подходу, например, фокусироваться на том, как он может развивать и улучшать отношения с женой. Терапевт мог бы спросить, что Питер может предпринять для укрепления своих отношений без необходимости понимать, что произошло в прошлом. Этот фокус на продвижении, а не на избегании может стать частью «если..., то...»-плана или привести к общим изменениям в поведенческом распорядке пациента.

Выбор того, какой план применить с Питером, будет основан на том, (1) что естественным образом следует из обзора его недавних примеров; (2) что наиболее соответствует ФА и (3) -совместной дискуссии с ним. Принципы выбора альтернативного поведения, перечисленные в главе 7 (функция и формулировка; доказательства основанные на опыте; репертуар; практичность и простота; близость к предупреждающему знаку), должны определить, какой вариант выглядит так, будто он имеет наибольшие шансы на успех. Затем план апробируется и пересматривается, уточняется или изменяется в свете наблюдаемых результатов.

Устранение трудностей при реализации планов

Пациент не всегда сможет последовательно выполнять «если..., то...»-план на случай непредвиденных обстоятельств. Иногда он пробует его и обнаруживает, что тот не остановил руминацию или не улучшил настроение. Что делает терапевт в такой ситуации?

Первым шагом для преодоления этих трудностей (как и для большинства трудностей, возникающих в терапии) является возвращение к основным принципам терапии (см. главу 3). Вероятно, планы должны быть более конкретными, детальными и специфическими, а также разбиты на более мелкие шаги (принцип 3: поощрение активного, конкретного, эмпирического и специфического поведения; принцип 7: переход к адаптивному стилю мышления). Часто бывает полезно повторить мысль о том, что руминация — привычка, и обсудить с пациентом, что для ее изменения требуется время и повторения, а поскольку привычки — это хорошо усвоенные реакции, они будут возвращаться, даже когда пациент этого не хочет — до тех пор, пока не усвоится новая привычка (принцип 1: нормализация опыта пациента в руминации). Концептуализация руминации как привычки снимает вину с пациента за безуспешность попытки, нормализует тот факт, что интервенции работают только некоторое время, и поощряет пациента продолжать повторения реакции (принцип 5: связать поведение с триггерами и предупреждающими знаками; принцип 6: подчеркнуть важность повторения и практики). Далее может потребоваться ФА для проверки точности формулировки или для непосредственного устранения трудностей при выполнении домашнего задания либо других форм избегания (принцип 4: применение функционально-аналитического подхода). Может потребоваться дополнительная практика в течение сессий и в период между ними.

У пациентов с депрессивным расстройством распространенная проблема — низкая мотивация и трудности в освоении нового поведения. СРКПТ

разработана, чтобы преодолеть низкую мотивацию. Обоснование и социализация в модели лечения направлены на то, чтобы быть релевантными и привлекательными для пациента и в то же время давать надежду, что этот подход имеет ценность. Мы подчеркиваем использование эмпирических упражнений в терапевтических сессиях, чтобы дать пациентам позитивный опыт и ощущение, что новые стратегии помогают повысить вовлеченность и мотивацию. Мы непосредственно решаем проблему избегания, выявляя его в ФА, вместе с пациентом рассматривая его следствия и полезность, даем ему конкретное название, когда это происходит во время терапии, и ищем альтернативы.

Другой полезный подход, разработанный в ПА (Martell et al., 2001), который согласуется с СРКПТ, заключается в поощрении изменений «снаружи внутрь» путем корректировки поведения, не дожидаясь внутренних изменений (изменение «наизнанку»). Данный подход пересекается с идеей связывания реакций на предупреждающие знаки в планах действий на случай непредвиденных обстоятельств. Пациенты поощряются в случаях действий в соответствии со своими целями, а не чувствами. Идея в том, чтобы убрать зависимость действий пациента от настроения или состояния. Пациента поощряют к действиям, отмечая, что ему не хотелось действовать в тот момент. Обычно это осуществляется в виде поведенческого эксперимента с фокусировкой внимания пациентов на том, что сначала нужно сделать небольшой шаг. Пациентов можно спросить, что полезнее — действовать в соответствии со своими целями, несмотря на их чувства, или ждать, пока они почувствуют правильное настроение или состояние, прежде чем действовать.

Предыдущие свидетельства из личного опыта могут быть использованы для связи повышенной активности с улучшением самочувствия. Пациентов можно спросить, что они способны лучше контролировать — чувства или поведение, и, следовательно, какая стратегия повышает настроение: делать это изнутри (ждать, пока не почувствуют себя лучше, прежде чем действовать) или извне (действовать, чтобы чувствовать себя лучше). Кроме того, терапевт просит пациентов рассмотреть долгосрочные следствия каждой альтернативы:

«Что произойдет, если вы будете следовать планам, только когда чувствуете себя хорошо? Какие последствия это будет иметь для вас со временем? И наоборот, что произойдет, если вы сделаете что-то, несмотря на то, как себя чувствуете? Если вы сделаете это многократно, какой будет эффект?»

Пациенты могут признать, что со временем они учатся лучше себя контролировать, несмотря на свои чувства. Терапевтам также полезно поощрять

пациентов к рассмотрению того, насколько точны их чувства как признак способности решать ту или иную задачу, например:

«Можете ли вы подумать о периодах времени, когда чувствовали усталость или подавленность, а затем сделали что-то, — что тогда произошло? Бывали ли случаи, когда вы что-то делали, несмотря на чувства? Какой был результат? Чему можно научиться в связи с этим?»

Другим важным способом поощрения поведенческих изменений является анализ преимуществ и недостатков изначального руминативного или избегающего поведения и потенциально нового целенаправленного поведения. Это более подробный способ рассмотрения функции и полезности поведения. Бывает особенно важно рассмотреть, насколько полезна руминация, задавая такие вопросы, как: «Ты сможешь разобраться с этим в своей голове?»; «Ты что-нибудь в итоге придумал?». Терапевт открыто обсуждает плюсы и минусы того, чтобы делать что-то или думать об этом. Таким образом, пациенты могут начать понимать, что многие вещи в жизни не логичны, не линейны, не очевидны, а на самом деле слегка «беспорядочны». Это особенно касается окружающих и отношений с ними. Таким образом, направляемое открытие поможет исследовать, как логическое решение может быть неэффективным для таких ситуаций. В некоторых случаях, вероятно, эффективнее решать проблемы методом проб и ошибок, экспериментировать и выстраивать понимание того, что происходит, из непосредственного опыта. Таким же образом может быть адаптивно смотреть на поступки как на способ получить больше знаний, улучшить производительность и сделать суждения более точными. Важно рассмотреть вопрос, является ли логический концептуальный анализ хорошей стратегией для всех ситуаций. Интуиция тоже иногда срабатывает, если даже не лучше, чем концептуальный и абстрактный анализ для сложных, динамических, неизвестных систем, таких как наши собственные эмоции и другие люди. В таких системах никогда не будет всей соответствующей информации, и даже если бы она была у нас, мы не знали бы, какую информацию считать приоритетной, и ее оказалось бы слишком много для вычисления и обработки. Более того, система всегда меняется в ответ на то, что только что произошло.

Некоторые пациенты используют руминацию, чтобы попытаться понять свои проблемы. Это заставляет их перебирать вещи в своей голове, что, по сути дела, предполагает постановку вопросов самому себе (например, «Почему это произошло?») и одновременно — повторение одной и той же информации снова и снова. Терапевт может отметить, что такой подход не дает новой информации. Это приводит к рассмотрению альтернативных подходов, таких как задавание

вопросов другим людям (то есть поиск информации из внешнего мира) в качестве способа обновления данных.

Анализ преимуществ и недостатков поддерживает использование ФА для изучения того, в каких контекстах определенная реакция полезна, а в каких — нет. Логический анализ и абстрактное мышление могут быть полезны в некоторых обстоятельствах, например при работе над практической, физической проблемой или при продумывании долгосрочных жизненных решений. Однако он, как правило, менее полезен в том, что касается трудностей, эмоций и других людей. Одна из целей ФА — улучшить способность пациента различать, когда, где, при каких обстоятельствах, с кем и как работает или не работает та или иная стратегия. В СРКПТ он используется в качестве формы обучения способности осуществлять такие различия. Их усиление при использовании разных стратегий в репертуаре пациента — полезный результат размышления о плюсах и минусах разного поведения.

ФА и терапевтические препятствия

Всякий раз, когда вы сталкиваетесь с препятствием или трудностями в терапии, стоит понять, может ли быть полезным дальнейший ФА. Так будет часто происходить. Например, если пациент не выполняет домашние задания, то ФА может использоваться для изучения контекстов, в которых эти задания выполнены или не выполнены, либо периодов времени, когда аналогичные планы были осуществлены. Далее это предполагает способы повысить вероятность осуществления планов по выполнению домашних заданий. Когда возникают трудности, стандартный подход заключается в том, чтобы указать их пациенту и соотнести с принципами, а также с моделью терапии.

ФА особенно важен для решения проблем, связанных с поведением, которое мешает терапии. Оно часто будет иметь функцию избегания, например невыполнение домашнего задания, непосещение сессий, отключение эмоций, разговоры абстрактным образом, изменение темы или переключение между темами в течение сессии, поиск утешения или сосредоточение внимания на личных заботах и отвлечение внимания от терапевта. Эти избегающие функции отрицательно подкрепляются устранением кратковременного дистресса. Если поведение пациента деструктивно для терапии, например, если он уклоняется от темы и переключает темы в ходе терапевтической сессии, это открыто подчеркивается терапевтом и исследуется под микроскопом ФА; его функции рассмотрены, модераторы определены, а затем реализованы планы по решению вопроса поведения. Например, если одно из упражнений на образы и визуализацию, такие как усвоение и сострадание, не работает для пациента

последовательно, то ФА используется для изучения обстоятельств, при которых упражнение работало — в сравнении с тем, когда оно не работало, и для внесения соответствующих изменений в планы для повышения вероятности того, что упражнение будет эффективным.

При рассмотрении такого влияющего на терапию поведения пациента первым шагом является выявление проблемного поведения и формулирование его потенциальной функции (принцип 4: применять функционально-аналитический подход). Например, если пациент всегда отвечает «Да, но...», когда ему предлагают новые решения или эксперименты, терапевт наблюдает за antecedентами и следствиями этого поведения, чтобы понять, какой может быть его функция. Например, поведение, влияющее на терапию, может стать привычным для пациента и функционировать, чтобы помочь с избеганием дискомфорта и дистресса, позволить ему чувствовать себя в безопасности, защищая от того, чтобы подвергнуться трудностям. Неоднократные и длительные разговоры о трудностях и проблемах могут служить аналогичной функцией оправдания для бездействия, а также поиска поддержки и утешения испытывающего трудности пациента.

Второй шаг состоит в том, чтобы четко указать на поведение пациента и соотнести его с моделью лечения (принцип 1: нормализовать опыт пациента в руминации; принцип 2: четко определить руминацию в качестве мишени терапии; принцип 8: фокус на неспецифические факторы — добродушие, эмпатию, оптимизм, валидацию, настойчивость). Это лучше всего делать исследовательским и совместным способом, связывая его с идеями привычек и избегания и спрашивая о его полезности, при этом все еще валидировать и поддерживать пациента. Например, в отношении пациента, который продолжает говорить «Да, но...», терапевт может отметить, что заметил — данная реакция продолжает поступать, и интересуется, может ли это стать привычкой для пациента, например:

«Я заметил, что каждый раз, когда мы пытаемся сделать что-то новое для вас, вы придумываете список препятствий и трудностей, говоря «Да, но...». Что вы можете сказать об этом?»

Терапевт спрашивает, как сказанное «Да, но...» влияет на пациента, его чувства и поведение, а также на других людей. Это включает в себя вопрос о полезности такого поведения (то есть «Полезно ли это делать?») и дает возможность вместе изучить, может ли это быть формой избегания и иметь краткосрочную пользу, но вызвать более долгосрочные проблемы.

Реакцию можно изучить, все еще валидируя пациента, отметив, что это имеет смысл в контексте и истории жизни пациента, и максимально нормализуя его. Например, в отношении пациента, который постоянно поднимает новые проблемы и хочет ими поделиться, полезно признать важность трудностей для него, то, как с ними должно быть трудно справиться, как естественно хотеть говорить о трудностях и выражать эти чувства, чувствовать поддержку. Во время валидации, где, возможно, терапевт реагирует на вероятные конструктивные функции поведения пациента. Например, пациент, который продолжает поднимать и обсуждать проблемы, может искать кого-то, кто бы серьезно относился к его проблемам, и сдерживать эмоциональное расстройство. Важно сделать это, признавая и валидируя его реакцию, в то же время связав ее с формулировкой СРКПТ. Например, терапевт четко связывает реакцию пациента на конкретные antecedенты или триггеры и отмечает, что его реакция на них естественна, таким образом одновременно объясняя модель СРКПТ и валидируя его опыт (принцип 5: связать поведение с триггерами и предупреждающими знаками).

Подобное можно делать, глядя на следствия поведения. Терапевт продолжает серьезно относиться к трудностям пациента и признавать, что у него есть много настоящих проблем, в то же время спрашивая, как фокусирование внимания на этих трудностях подобным образом заставляет его себя чувствовать и как это влияет на то, что он делает — в качестве средства связи с следствиями. Выяснить, полезны ли реакции пациента как в долгосрочном, так и в краткосрочном плане (принцип 4: применять функционально-аналитического подход; принцип 8: фокус на неспецифические факторы — добродушие, эмпатию, оптимизм, валидацию, настойчивость), критически важно.

Важной частью данного процесса является совместная и четкая рабочая формулировка функции поведения пациента, о которой предварительно ее можно рассказать как о гипотезе для совместной работы над ней пациента и терапевта, например:

«Я не уверен в этом, но мне кажется, что каждый раз, когда я предлагаю вам попробовать что-то другое, вы находите причины не делать это, потому что так чувствуете себя безопаснее. Интересно, считаете ли вы рискованным пробовать что-либо новое, потому что это ставит вас под удар и потенциально может привести к неудаче, в то время как отрицательно относиться к тому, что не получается, по крайней мере, краткосрочно, означает, что вам не нужно идти на риск. Желание чувствовать себя в безопасности — очень сильная и естественная человеческая мотивация, и я

вижу, как вы сделаете все возможное, чтобы чувствовать себя именно так, особенно учитывая некоторые плохие события, которые произошли с вами ранее. Если бы я был на вашем месте и прошел через то, через что прошли вы, я бы тоже отдал должное безопасности и сделал бы все возможное, чтобы чувствовать себя безопаснее. Что вы думаете об этом? Это соответствует вашей точке зрения или нет?»

Теперь терапевт может двигаться дальше и рассмотреть, насколько хорошо работает данный подход, например:

«Интересно, когда вы ищете причины не делать что-либо, какой эффект это имеет для вас в долгосрочной перспективе?»

Здесь есть возможность просмотреть анамнез пациента и развитие его эмоциональных трудностей, например, чтобы понять, разрешались ли проблемы или усугублялись в целом с течением времени, когда он практиковал эти стратегии. Часто пациенты приходят к пониманию, что стратегии избегания не улучшили ситуацию и часто усугубляли ее, поскольку проблемы остаются нерешенными, а их жизнь становится все более замкнутой. Терапевт может с пользой для дела свидетельствовать, что нынешний подход, видимо, не работает и, вероятно, стоит рассмотреть альтернативу.

Например, в отношении пациента, который на каждой сессии хочет поговорить и эмоционально рассказать о новых трудностях, постоянно ищет поддержки и успокоения, терапевт валидирует его опыт и желание поддержки, отмечая при этом, что сам по себе такой подход не помогает ему выздороветь:

«Мне кажется, будто вы возвращаетесь к привычке говорить обо всех трудностях, которые испытываете, о своих чувствах и о том, что это значит для вас. Я прекрасно понимаю: для вас это настоящие проблемы, и они вызывают сильные чувства. Нормально и естественно хотеть поделиться такими чувствами, заручиться поддержкой в их преодолении и почувствовать, что где-то кто-то другой заботится о вас и серьезно относится к вашим проблемам. Вы находитесь в трудном положении и заслуживаете поддержки. Вместе мы рассмотрим ваши проблемы и будем работать над тем, чтобы двигаться вперед. Интересно, достаточно ли просто думать и говорить о своих чувствах и трудностях и о том, что они означают, чтобы помочь вам чувствовать себя лучше. Ведь это то, чем вы занимаетесь снова и снова уже несколько лет, и звучит так, будто вы все еще чувствуете себя в тупике.

Желание поделиться своим дистрессом может легко оказаться бесполезной руминацией. Похоже, этот подход не работает, и вам нужно попробовать что-то другое. Что мы можем делать вместе, чтобы серьезно отнестись к вашим реальным проблемам, поддерживать вас и в то же время помогать двигаться вперед?»

Это удобный момент для отсылки к уже охваченным в терапии элементам. Например, если пациент очень абстрактен во время сессии, терапевт указывает, что паттерн абстрактной реакции, похоже, возникает снова, рассматривает, полезно ли это, и изучает другие варианты (принцип 3: поощрение активного, конкретного, эмпирического и специфического поведения — правило АКЭС (ACES); принцип 7: переход к адаптивному стилю мышления). Как только терапевт назвал и обозначил бесполезный паттерн реагирования, будет легче снова ссылаться на него в терапии. Это требует настойчивости с его стороны (принцип 8: фокус на неспецифические факторы — добродушие, эмпатию, оптимизм, валидацию, настойчивость). Поскольку эти нежелательные реакции часто являются привычками, они будут повторяться, и терапевту нужно продолжать указывать на них, называть их пациенту. Всякий раз, когда поведение называется и альтернативная реакция пробуется, терапевт повышает осведомленность пациента о привычке и усиливает альтернативную реакцию (принцип 6: подчеркнуть важность повторения и практики).

Третий шаг — рассмотреть, каким может быть полезное альтернативное поведение. Он может включать в себя эксперименты с альтернативной реакцией здесь и сейчас, в терапевтической сессии (принцип 3: поощрение активного, конкретного, эмпирического и специфического поведения — правило АКЭС (ACES)). Предложить или подсказать пациенту альтернативу и побудить его попробовать ее немедленно в сессии может быть мощным способом переключения режимов и сбора дополнительной информации. Например, что касается пациента, который говорит «Да, но...», терапевт просит его поэкспериментировать с тем, чтобы вместо этого сказать что-то более нейтральное, например: «Это может работать или не работать. Я не знаю. Вероятно, я могу попробовать и узнать». И наблюдает, как пациент будет это выполнять. Пациента, который замыкается в себе и погружается в руминации, терапевт просит сфокусироваться на чем-то внешнем и внимательно слушать свой голос. Для пациента, который хочет подробно рассказать о разных трудностях и эмоциях, терапевт пытается найти какую-то проблему и договаривается с ним о том, что он сфокусируется именно на ней. Тем самым пациент пытается фокусироваться более детально, используя это как пример подхода. Поведенческий эксперимент проводится в течение сессии, на которой терапевт и пациент 10 минут говорят о чувствах и значениях ситуации и

сравнивают с 10 минутами, которые они работают над решением задач и созданием плана на случай непредвиденных обстоятельств.

Далее можно сравнить следствия этих разных подходов. Альтернативные модели поведения затем встраиваются в «если..., то...»-план, чтобы практиковаться в повседневной жизни, включая саму терапию (принцип 6: подчеркните важность повторения и практики).

Такой же подход и последовательность шагов используются для непосредственного обращения к эмоциям, когда возникает необходимость для этого в терапии. Нет ничего необычного в том, что обсуждение сложных тем или воспоминаний, которые возникают во время упражнений на образы и эмпирических упражнений, вызывают сильные эмоции, например, пациенты становятся слезливыми и плачут или раздражаются. Это возможность практиковаться в использовании техник, когда они наиболее необходимы, то есть в реакции на сложные настроения. Терапевт валидирует и нормализует эмоции пациента, проявляет эмпатию и сочувствие к его опыту, одновременно связывая эмоции с ABC ФА и исследуя их функцию и полезность. Когда пациент становится эмоциональным во время сессии, терапевт определяет, что вызвало эмоцию или стало ее триггером (какой был antecedent), спрашивает, что произошло непосредственно перед тем, как появилась эмоция, изучает вместе с пациентом, что заставило его чувствовать себя таким образом. Триггер затем подробно обсуждается, при этом отмечается, что есть смысл в том, что у пациента возникает такая эмоциональная реакция на данный триггер.

Полезно помнить об эмоциональном опыте пациента, потому что сама эмоция может быть адаптивной и дезадаптивной. Часто эмоции — нормальная и полезная реакция на триггер. Эту идею важно донести до пациента и подчеркнуть, что эмоции бывают хорошими, а не тем, что следует осуждать или чего нужно бояться (принцип 1: нормализовать опыт пациента в руминации; принцип 8: фокус на неспецифические факторы — добродушие, эмпатию, оптимизм, валидацию, настойчивость). Например, терапевт может сказать:

«Похоже, дискуссия вернула воспоминания об этом печальном событии. Это была большая потеря для вас, и совершенно нормально чувствовать грусть после такого. Действительно, чувство грусти может быть полезным в данной ситуации, потому что оно передает другим, что вы испытали потерю и нуждаетесь в поддержке, и сигнализирует вам, что произошли серьезные изменения, с которыми надо справиться».

Реакции, следующие за эмоциями, особенно важны, потому что ими могут быть вызваны бесполезные реакции избегания, такие как руминация, эмоциональное онемение, отвлечение или самоустранение, что приведет к более негативным последствиям. Отслеживание с помощью ABC-анализа определяет последствия эмоций и реакции на них. Если у пациента есть склонность избегать эмоций, это дает возможность попробовать что-то другое в течение сессии, например, попросить его сохранять чувства.

Глава 9. Изменение стиля обработки

Стать конкретным и специфическим

Ключевой элемент подхода СРКПТ — выявление бесполезных стилей мышления во время руминации о трудностях, а затем — помощь пациенту в переходе к более конструктивному и полезному стилю мышления. В главе 2 кратко изложены экспериментальные данные о разных стилях обработки в руминации. Особенно подчеркивались данные о том, что конкретный режим обработки полезнее абстрактного. Главный принцип в СРКПТ — направлять пациентов к активным, конкретным, эмпирическим и специфическим способам реагирования (АКЭС; принцип 3; глава 3) как преднамеренное средство сместить фокус тех, кто руминирует, от дефолтной тенденции абстрактных, оценочных, сравнительных, концептуальных и пассивных способов реагирования.

Руминативное мышление, как правило, сфокусировано на причинах, следствиях и смыслах, а не на том, как разрешать проблемы. Стиль руминативного мышления чаще всего абстрактный, категоричный и сверхобобщенный, сосредоточен на оценках и не связан с деталями произошедшего. Он затрудняет разрешение проблем пациентами и имеет тенденцию усугублять ситуацию, поскольку пациенты склонны видеть вещи без контекста (например, «Я всегда ошибаюсь»), а не в насыщенном контекстом ключе (например, «Я ошибся в конкретном случае, когда чувствовал себя определенным образом, в определенном месте, в конкретное время и с определенным человеком»). Чем более конкретны и разборчивы описания пациента, тем полезнее они при руководстве действиями и тем меньше вероятность того, что в описании будет задана общая тема подобных воспоминаний (например, «другие случаи, когда я потерпел неудачу»), что типично для руминации. Чем больше любая мысль связана с конкретными непредвиденными обстоятельствами той или иной ситуации, тем менее категоричной она может быть.

В этой главе дано подробное описание того, как идентифицировать абстрактное мышление и различные подходы к переходу пациентов к более адаптивной, конкретной обработке. В рамках СРКПТ основное внимание уделяется обучению пациентов выявлять их абстрактный стиль мышления, а затем менять его в качестве альтернативы диспутирования о содержании каждой отдельной негативной мысли. Полностью меняя стиль мышления, мы надеемся изменить бесполезный депрессивный руминативный режим людей.

Важно упростить этот подход, сфокусировав внимание на одной или двух стратегиях. Стратегии, которые легче всего объяснить и которые кажутся наиболее полезными для пациентов, включают в себя:

1. Замену бесполезных вопросов «почему» полезными вопросами «как» (обоснование и доказательства см. в главе 2).
2. Обучение пациентов, как использовать конкретный, описательный и специфический стиль мышления, сфокусированный на контексте и последовательности происходящего. Например, пациентов просят практиковать создание очень специфических и подробных воспоминаний и конкретных описаний текущих ситуаций. (Комбинация первых двух стратегий формирует пакет обучения конкретности, эксплицитно протестированный как индивидуальное лечение с обнадеживающими предварительными результатами [Watkins et al., 2009, 2012].)
3. Обучение пациентов самореализации ФА, где они учатся понимать, когда их собственное мышление полезно (и обычно характеризуется конкретным мышлением), менее полезно и более абстрактно.
4. Использование упражнений на визуализацию и образы, которые переводят пациентов в режим, более сфокусированный на процессе и менее — на оценке результата, как описано в главе 10.

Определение стиля мышления пациента

Первый шаг — определить, является ли мышление пациента абстрактным, и если да, то помочь ему распознать паттерн такого мышления. Есть несколько способов сделать это. Все они предполагают привлечение внимания к конкретному аспекту абстрактного мышления, а затем — рассмотрение последствий данного образа мышления.

Вопросы типа «почему»

Один из способов определить абстрактное мышление — найти спонтанные вопросы типа «почему» в рамках лечебной сессии, когда пациенты описывают свои руминации или реакции на проблемы. Под вопросами типа «почему» мы подразумеваем вопросы, посвященные причинам, следствиям и значениям событий; типичные, такие как: «Почему это произошло со мной?»; «Почему я не могу это сделать?»; «Почему я?»; «Почему они это сделали?».

Полезно записывать такие вопросы, когда пациенты их используют, и составить список. После сессии или двух терапевт может пересмотреть вопросы с пациентом и спросить, что он думает о том, что постоянно задает их себе. Эти вопросы легко заметить при изучении недавнего эпизода руминации и по-дробного отслеживания последовательности мыслей момент за моментом. Терапевт спрашивает: «Что происходит, когда вы задаете себе эти вопросы? Помогают ли они вам сделать какие-нибудь полезные выводы?»

Терапевт также исследует, какие альтернативные вопросы пациент может задать себе в той же ситуации и какой эффект это может дать. Пациенты часто спонтанно осознают, что они могли спросить, как разрешить проблему или что делать дальше. Тем не менее, если пациент не распознает это спонтанно, терапевт может отметить:

«Интересно, что для всех этих ситуаций вы продолжаете задавать вопросы “Почему это случилось со мной? Что это говорит обо мне?” и так далее, но вы не спрашиваете “Как я могу что-то сделать с этим? Что вы думаете об этом?” Что может случиться, если вы спросите: “Как я могу что-то сделать?”»

Данный подход помогает пациентам понять, что типы вопросов, которые они задают себе, могут быть бесполезными и несбалансированными. Затем можно изучить преимущества и недостатки, связанные с постановкой вопросов разных типов (см. «“Почему-как” — эксперимент» далее в этой главе).

Абстрактные описания

Другой способ помочь пациентам понять, что они используют абстрактное и оценочное мышление, — замечать и указывать на это всякий раз, когда они описывают мысль или ситуацию абстрактным, свехобобщенным или категоричным образом. Например, пациент может сообщить об абстрактной и свехобобщенной мысли, такой как «я не справлюсь». Эта мысль абстрактна, потому что не специфична для конкретной ситуации и не содержит подробностей об обстоятельствах, при которых пациент не смог справиться с трудностями. Таким образом, всякий раз, когда пациент описывает ситуацию или производит оценку, в которой отсутствует подробная описательная информация о том, с кем, *когда, где, при каких обстоятельствах* и как происходит событие, терапевт останавливает и отмечает эту мысль, а затем они вместе анализируют это. При этом важно сохранять безоценочное и заинтересованное отношение, например: «Интересно, что вы описываете это так. Есть ли другие способы описания?»

Например, если пациент говорит: «Я неудачник. Кажется, ничто из того, что я делаю, не работает», описывая тот факт, что он не выполнил домашнее задание, терапевт может отметить, что в этом комментарии, похоже, пропускается много потенциально релевантной информации, и он достаточно абстрактный. Применяя направляемое открытие, терапевт может спросить:

«Не упускает ли данный способ описания ситуации какую-либо информацию? Как бы вы описали эту мысль — насколько она детальна, информативна, неопределенна?»

Если терапевт уже объяснил разницу между абстрактным и конкретным стилем мышления (см. раздел ниже, посвященный объяснению данного отличия), он может спросить: «Является ли это примером того, что вы были слишком абстрактны?»

Как отмечалось в главе 3, часто следует задавать дополнительные вопросы, чтобы получить более подробную и специфическую информацию, — до тех пор, пока не будет дан подробный, конкретный и специфический ответ. Вопросы типа «Что именно он сделал?»; «Какие именно слова прозвучали?» и «Какие физические ощущения вы замечаете, когда сердитесь?» носят более специфический и конкретный характер. Кроме того, терапевт вместе с пациентом исследует ценность описания фактического поведения в ситуации — что было сказано и кем сделано, — потому что это проясняет случившееся и указывает на способы извлечь уроки из этого или разрешить ситуацию.

Полезно рассмотреть вопрос о том, включает ли описание некоторую интерпретацию вместо прямого описания произошедшего. Как обсуждалось в главе 3, если пациент сообщил, что друг пренебрегал им, вы не знаете точно, что произошло, потому что описание включает в себя глагол интерпретации, а он неоднозначен. Терапевт выделяет такие описания и указывает, как они отделены от непосредственного опыта того, что произошло; вместо этого резюмирует и истолковывает опыт. Затем он объясняет, почему это хороший пример абстрактного описания события и что полезно практиковать описание события с точки зрения более конкретного, детального и специфического поведения и обстоятельств. Подробное описание случившегося может предложить другую интерпретацию и помочь пациенту получить представление о ситуации.

Точно так же мы предлагаем искать описания событий и ситуаций, которые используют прилагательные, прежде всего те, что относятся к особенностям личности и характера, — в качестве еще одного признака абстрактного мышления. Если пациент описывает себя как глупого или другого человека — как ненадежного, это примеры абстрактных представлений, которые полезно

исследовать, попросив пациента описать события конкретнее и связать их с определенными контекстами.

Как только пациент осознает разные стили мышления и их влияние на настроение и руминацию, терапевт целенаправленно обучает его переходить от менее полезного стиля к более полезному. Например, он говорит:

«Похоже, вы проводите много времени, оценивая то, что вас окружает, и размышляя о чем-либо довольно общим образом — резюмируя множество разных ситуаций и не рассматривая детали, свойственные каждой ситуации. Мы знаем, что данный стиль мышления бесполезен. Хотели бы вы научиться мыслить более полезным способом?»

Если примеры абстрактного, оценочного мышления не возникают спонтанно (не волнуйтесь — скорее всего, они будут!), их можно найти, попросив пациентов описать, что они думали во время недавней проблемной ситуации, или начать вести записи мыслей. Терапевт также проверяет, часто ли встречается такой образ мышления. Это регулярно используемый пациентом стиль? Признание того, что данный стиль типичен для пациента, помогает подчеркнуть важность попытки его изменить.

Поведенческий эксперимент «Почему — как»

Поведенческий эксперимент, который помогает поощрять конкретное мышление, — это эксперимент «Почему — как». Терапевт работает с пациентом, чтобы выявить текущий вопрос, вызывающий беспокойство или проблему. Затем пациент сравнивает эффекты от обдумывания этой проблемы в течение нескольких минут, используя вопросы типа «почему», с эффектами обдумывания проблемы с использованием серии вопросов типа «как» на протяжении нескольких минут. Вопросы типа «почему» основаны на вопросах, которые пациент использует естественным образом, что отметил терапевт в течение первых нескольких сессий. Пациенту рекомендуется оценивать настроение до и после использования каждого набора вопросов (насколько грустно, напряженно, сфокусированно или уверенно он чувствует себя по шкале 0–10). Полезно попросить пациента оценить, насколько управляемыми он чувствует проблемы после каждого набора вопросов и придумал ли он какие-либо решения. Я обычно нахожу, что большинство пациентов сообщают о своем настроении и уверенности в своих способностях к разрешению проблем в более негативном ключе после вопросов типа «почему» — по сравнению с вопросами типа «как». Таким образом, данный эксперимент подтверждает идею о том, что вопросы типа

«почему» могут быть бесполезными, и предлагает более адаптивную альтернативу в виде вопросов типа «как». Каждый эксперимент сфокусирован на недавней проблеме, связанной с руминацией, которую пациент обсуждает в ходе лечебной сессии.

Некоторые пациенты считают, что вопросы типа «почему» имеют важное значение и полезны, тем самым отражая воспринимаемые функции руминации, такие как добиваться понимания и осмысления проблем. Этот поведенческий эксперимент представляет собой мощное средство для подавления таких убеждений. Альтернативный или последующий эксперимент заключается в том, чтобы пациенты сравнивали, что они чувствуют и как справляются с чем-либо, когда чередуют дни, задавая себе вопросы из списка — то типа «почему», то типа «как» и сравнивая ответы.

Ниже дан пример поведенческого эксперимента «почему — как», который следует за описанием пациента недавнего приступа руминации, произошедшего, когда он ждал друга в кафе. Когда друг не пришел вовремя, пациент стал все больше размышлять о ситуации. Терапевт сначала подробно исследует ситуацию с пациентом и определяет абстрактные вопросы, которые он задает самому себе. После этого терапевт оказывается в удобном положении, чтобы побудить пациента снова представить себя в той ситуации. Далее он задает пациенту его собственные вопросы типа «почему» и использует детали из обсуждения недавнего эпизода, чтобы помочь ему вспомнить ситуацию и сделать ее описание как можно более четким.

Терапевт инициирует первую часть эксперимента следующим образом:

«Хорошо, теперь закройте глаза и представьте, что вы снова в кафе и ждете, когда придет ваш друг. Как можно лучше представьте, что вы находитесь там прямо сейчас и смотрите на сцену перед собой. Создайте подробный и яркий образ ситуации... почувствуйте спинку стула, на котором сидите, и чашечку в руке... в кафе вы видите часы на стене напротив вас... слышите, как они тикают громче, перекрывая гул голосов других клиентов вокруг... вообразите, как стрелки часов перемещаются на 10:00... теперь вы видите, что входная дверь кафе перед вами непринужденно открывается... но это незнакомец... ваш друг не пришел вовремя... Как можно ярче представьте себя сидящим в кафе в ожидании этого человека, который не появился, и задайте себе вопросы:

Почему это происходит со мной?

[пауза между вопросами — примерно три секунды]

Что это говорит обо мне?

[3-секундная пауза]

Какие будут последствия?»

[3-секундная пауза]

Почему это продолжает происходить со мной?

[3-секундная пауза]

Почему я?

[3-секундная пауза]

Почему это всегда происходит со мной?

[3-секундная пауза]

Почему он так со мной обошелся?

[3-секундная пауза]

Обратите внимание, какие мысли у вас есть сейчас, какие чувства вы испытываете и насколько они интенсивны. Обратите внимание на физические ощущения, на свои мысли и чувства во время пребывания в кафе, когда ваш друг не появляется. Задайте себе эти вопросы. Мысленно отметьте, что вы испытываете, и придерживайте это на потом».

Далее терапевт делает паузу, чтобы обсудить с пациентом влияние прокручивания в воображении ситуации, задавая более абстрактные вопросы типа «почему». Это включает в себя изучение влияния воспоминаний о ситуации на то, как пациент себя чувствует, и на другие аспекты своего опыта. Помимо проведения быстрой оценки настроения и соответствующих симптомов (грусть, напряжение, тревога, уверенность, усталость) по шкале от 0 до 10, терапевт может спросить:

«Какой у вас опыт задавать себе более абстрактные вопросы, сфокусированные на причинах, значениях и последствиях? Что вы замечаете? Это типичный способ мышления, который вы используете время от времени?»

Затем терапевт исследует реакцию пациента на воображение той же ситуации, задавая более полезные конкретные вопросы типа «как»:

«Вернемся к образу, созданному ранее, и попытаемся еще раз обдумать ситуацию... Закройте глаза и еще раз, так ярко, как можете, представьте, что вы ждете встречи с другом в кафе. Встреча очень много для вас значит, а он уже опаздывает. Как можно лучше представьте, что вы сейчас там, смотрите на все своими глазами. Создайте подробный и яркий образ ситуации... представьте себе спинку сиденья позади вас и чашечку в руке... посмотрите на часы, висящие на стене перед вами ... услышите их тиканье, перекрывающее гул голосов других клиентов вокруг... вообразите, как стрелки часов перемещаются на 10:00... теперь вы видите, что входная дверь кафе перед вами непринужденно открывается ... но это незнакомец ... ваш друг не пришел вовремя ... Как можно ярче представьте себя в кафе, в ожидании человека, который не появился ... и задайте себе следующие вопросы:

Какие детали я замечаю, когда концентрируюсь на своем опыте в кафе?

[3-секундная пауза]

Какая последовательность событий привела к организации нашей встречи?

[3-секундная пауза]

Чем эта ситуация отличается от других ситуаций, когда я встречался с людьми, как и было запланировано?

[3-секундная пауза]

Какая может быть последовательность событий, ведущих к тому, что человек не пришел?

[3-секундная пауза]

Как все изменилось бы, если бы я продвинулся вперед или разобрался бы с этой проблемой?

[3-секундная пауза]

Что я могу сделать в первую очередь, чтобы продвинуться вперед к достижению своей цели?

[3-секундная пауза]

Обратите внимание, какие мысли, чувства и ощущения вы испытываете, находясь в кафе, когда ваш друг не появляется, и задайте себе эти вопросы. Мысленно отметьте, что вы испытываете, и придержите это на потом».

Как в случае со всеми вопросами когнитивной терапии, полезно найти их версии типа «как», наиболее значимые для пациентов и отражающие их собственные слова. Вот несколько полезных наглядных примеров:

- Как произошло это событие?
- Какая последовательность событий привела к этому событию?
- Как я могу чему-либо научиться благодаря этому?
- Как добраться отсюда до полезной конечной точки — намерения или плана?
- Как решить эту проблему?
- Как начать решать эту проблему?
- Какой первый или следующий шаг я могу сделать, чтобы получить лучший результат для меня?
- Как решить, что делать дальше?
- Как принять решение?
- Насколько полезна мне эта мысль?
- Что мне помогает?
- Что, скорее всего, принесет мне то, чего я хочу?
- Это лучший способ получить то, чего я хочу?
- Что я могу сделать, чтобы увеличить вероятность получения желаемого? Как я могу увеличить свои шансы на получение желаемого?

Кроме того, любые вопросы типа «почему», используемые пациентом, могут быть переформулированы в вопросы типа «как», если изменить фокус вопроса с понимания ситуации и отражения ее смысла на то, как пациент может что-то сделать с ситуацией, и на ее конкретные контекстуальные детали. Например, вопрос «Почему все не складывается проще?» можно переформулировать на «Как я могу упростить задачу?».

Терапевт кратко рассматривает опыт задавания вопросов типа «как», когда пациент останавливается в размышлениях на той же сложной ситуации, которая ранее приводила к руминации. Затем он делает паузу, чтобы обсудить с пациентом эффект повторного воображения ситуации, когда он задавал более конкретные вопросы типа «как», повторяя те же вопросы и оценки, что и после вопросов типа «почему». Далее сравниваются ответы на две версии представления одной и той же ситуации — для изучения того, дали ли разные стили обработки разные эффекты.

Терапевт ищет примеры более позитивной реакции на ту же ситуацию, когда пациент задает вопросы типа «как» вместо «почему». Среди преимуществ вопросов первого типа, которые мы часто замечаем, —то, что пациенты сообщают о более спокойном, позитивном, энергичном, уверенном или активном разрешении проблем. Абстрактное состояние часто сопровождается ухудшением самочувствия, подавленностью, ростом тревожности. Кроме того, пациенты чувствуют себя более уставшими и ощущают стресс. Мы также иногда наблюдаем, что им легче строить конструктивные планы с помощью вопросов типа «как». Кроме того, один из эффектов абстрактного мышления может заключаться в том, что люди начинают свехобобщать за пределами специфики конкретной ситуации и вспоминать или представлять другие подобные ситуации (например, случаи, -когда пациента бросили, или когда он чувствует, что его подвели). Поэтому терапевт может проверить, помогают ли конкретные вопросы учитывать сложные события и предотвращать свех-обобщение. Преимущества большей конкретности заключаются в том, что так можно коротко резюмировать для пациентов, как стать более ориентированным на действие, учитывать проблемы и улучшать их разрешение. Конкретные вопросы типа «как» еще могут сопровождаться некоторым огорчением и стрессом, но я обнаружил, что многие пациенты получают гораздо более позитивный результат, чем когда они задавали свои дефолтные вопросы типа «почему».

Как и на протяжении всего лечения СРКПТ, мы стремимся облегчить сравнение абстрактных и конкретных ситуаций с помощью сократовского диспута. Например, терапевт говорит что-то вроде: «Сравнивая два раза, когда вы представляли в своем воображении, что человек не пришел, мы сравниваем два способа мышления. Что вы заметили, как бы подытожили различия?»

Как только терапевт рассмотрел эффекты двух разных способов мышления и выделил любые их отличия, он подводит итог разным полученным эффектам и объясняет разницу между абстрактным и конкретным мышлением (см. следующий раздел). Последним шагом может стать формулирование плана домашнего задания, в котором пациент практикует поиск бесполезных вопросов и их замену на полезные.

Объяснение разницы между абстрактным и конкретным стилями обработки

Я рекомендую объяснить пациентам относительные преимущества и недостатки абстрактной и конкретной обработки. Основные идеи, которые необходимо донести, заключаются в том, что как абстрактный, так и конкретный образ мышления являются нормальными и что каждый из них может быть полезным или бесполезным — в зависимости от ситуации и контекста. Важно нормализовать склонность к абстрактности (принцип 1: нормализовать опыт пациента в руминации), указав при этом на ценность более конкретного взгляда на проблемы. Например, терапевт может сказать: «Все так делают, и вы не можете прекратить, даже если хотели бы. Однако, если делать это слишком часто, это может затруднить разрешение проблем».

Вот наглядный скрипт, фиксирующий многие ключевые идеи для терапевта, которые могут быть адаптированы и отредактированы по мере необходимости:

«Как абстрактный, так и конкретный образ мышления являются нормальным и полезным способом мышления при правильном использовании. Есть некоторые ключевые различия между ними. Абстрактное мышление имеет тенденцию быть общим и глобальным, задает вопросы “почему” и сфокусировано на основной идее, которая распространяется на многие ситуации. Оно делает акцент на значениях и последствиях событий и спрашивает: “Почему это произошло? Почему я? Что это значит для меня?” Абстрактное мышление сфокусировано на оценке причин, значений, последствий и следствий поведения и событий. Как правило, оно в большей степени ориентировано на результаты, более аналитическое и концептуальное. Мы часто сталкиваемся с тем, что такой образ мышления распространен, когда люди руминируют и впадают в депрессию.

Конкретное мышление, напротив, имеет тенденцию быть более специфичным, локальным, задает “как”-вопросы и сфокусировано на обстоятельствах, контексте и сенсорных деталях определенной ситуации. Оно сконцентрировано на средствах и методах событий и действий — как произошло событие, как это делается, включая процесс и последовательность действия или события. Это предполагает более непосредственное переживание ситуации и пребывание в ней, а не размышление по поводу нее. То есть использовать все наши чувства, чтобы узнать конкретные детали, благодаря которым ситуация становится самобытной и уникальной. Важно отметить, что это включает в себя наблюдение за процессом, с помощью которого разворачиваются события и поведение, и конкретную ситуацию и

обстоятельства, а также осознание последовательности, что происходит раньше, а что следует после каждого действия. Такое мышление включает в себя вопросы: “Как это произошло? Как я могу что-то сделать с этим?”

Абстрактный способ мышления о чистке зубов заключается в том, чтобы сфокусироваться на ее цели, а именно — на улучшении гигиены полости рта, тогда как конкретный способ мышления о чистке зубов заключается в том, чтобы сфокусироваться на том, как выполнять действие — перемещать зубную щетку по зубам.

Все используют оба стиля мышления, они являются частью умственного инструментария каждого, и мы регулярно перемещаемся между ними. Тем не менее важно иметь баланс и гибкость в использовании этих способов мышления, а также возможность менять образ мышления в зависимости от обстоятельств.

Оба типа мышления полезны. Абстрактные описания помогают давать общие оценки, изучать разные ситуации и быть последовательными в целях, но не очень хороши для руководства действиями. Из-за акцента на более широких вопросах абстрактное мышление, такое как вопросы “Что это значит для меня?” и “Каковы последствия этого?”, способно помочь отслеживать то, что важно для нас, наши долгосрочные цели и амбиции. Абстрактное мышление также имеет неоценимое значение для переноса знаний из одной ситуации в другую и видения, что является характерным и общим в разных ситуациях.

Однако, как вы узнали из нашего предыдущего эксперимента [вернитесь к эксперименту “почему — как”, если он проводился], абстрактное мышление может быть бесполезным при использовании для сложных или стрессовых событий. Помните... [пример из эксперимента “почему — как”]. В подобных обстоятельствах абстрактное мышление способствует некоторым проблемам, встречающимся при депрессии, таким как руминация, свехобобщение и снижение активности.

Конкретные описания не дают нам более широкого обзора, но помогают строить планы. Мы склонны переходить к более конкретным описаниям, когда застопоримся, и обратно, на более абстрактные уровни, когда дела идут хорошо, поскольку рассматриваем последствия наших действий. При депрессии и руминации этот баланс часто нарушается, с тенденцией к более абстрактному и менее конкретному мышлению. Данное нарушение может повлиять на способность к разрешению проблем и негативно сказаться на мышлении. Мы будем практиковать разные способы устранения этого дисбаланса.

Руминация происходит, когда размышления о проблемах заходят в тупик, продолжаются слишком долго и, похоже, не достигают какого-либо решения. Это, скорее всего, происходит, когда кто-то абстрактно думает о значениях и последствиях проблемы. Так происходит потому, что абстрактное мышление не касается деталей ситуации и не дает подсказок, что делать дальше. Более того, абстрактное размышление о смыслах и вероятных последствиях — вид мышления, которое приводит лишь к увеличению мыслей как таковых, а не к планам и действиям. Руминация возникает, когда мышление приводит к еще большему мышлению, а не к планам и действиям.

Сверхообобщение — тенденция делать поспешные выводы, терять объективность, преувеличивать и думать о выходе из одной ситуации, чтобы охватить многие другие. Например, когда падение тарелки приводит к мысли “Я всегда все порчу”, появляется убеждение “Я недотепа, мне ничего нельзя доверить”. Сверхообобщение включает в себя абстрактное мышление, которое рассматривает то, что является общим в разных ситуациях, а также ищет общие черты в разных ситуациях — вместо того чтобы останавливаться на конкретных деталях определенной ситуации.

Снижение активности может быть и результатом чрезмерного абстрактного мышления. Более абстрактное мышление затрудняет начало работы, потому что не включает в себя размышления о том, как претворить планы в жизнь. Кроме того, оно предусматривает фокусирование внимания на ситуации в целом и на задаче или цели во всей ее полноте, а не на небольших шагах в рамках задачи. Из-за этого деятельность может казаться более масштабной и сложной, даже непреодолимой. Когда вы не в состоянии разбить задачу на шаги, работа в целом может казаться слишком большой и трудной для выполнения, что иногда приводит к ее откладыванию.

Конкретное мышление, напротив, спрашивает: “Как это произошло?” и “Что я могу с этим сделать?” Бывает полезно рассматривать трудности или стрессоры несколькими способами. Конкретное мышление смотрит на вещи в перспективе — так, чтобы мы не делали поспешных выводов о себе, все не смешивали и не обобщали одно событие на множество других ситуаций. Знание конкретных сенсорных деталей и обстоятельств события помогает выявить различия между этим событием и другими ситуациями, предотвращая чрезмерно обобщенные выводы. Например, после неудачного выполнения какого-то задания полезнее думать “Я провалился, потому что устал и не был готов”, чем “Я полный неудачник” — это позволяет соблюдать пропорции и дает подсказки, что делать в следующий раз, чтобы получить лучший результат.

Конкретное мышление помогает нам учиться. Размышляя о последовательности, которая привела к событию, мы можем начать замечать, какие факторы повлияли на результаты, были ли какие-либо предупреждающие знаки или сигналы относительно того, что должно произойти, можно ли было и где повлиять на результат, сделав что-то другое. Заметив, что две ситуации отличались друг от друга, вы узнаете, какие факторы влияют на успех или неудачу.

Конкретное мышление больше ориентировано на действия и ставит нас в более выгодное положение, если спросить: “Как я буду двигаться дальше?” Представление в воображении деталей события и того, что вы могли бы сделать, помогает создавать возможные альтернативные направления действий, что улучшает разрешение проблем. Кроме того, конкретизация помогает нам, разбивая проблему на более мелкие и управляемые шаги, чтобы она не казалась такой непреодолимой и огромной. Вы с большей вероятностью начнете работать в саду, если будете рассматривать ее в перспективе и видеть работу как серию небольших задач: пропалывать по одной грядке за раз, подрезать фруктовое дерево и так далее, с перерывами между действиями.

Каждое действие происходит в разном контексте — это уникальная комбинация того, что вы делаете, как делаете, когда делаете, где делаете, почему делаете, кто еще вовлечен, ваше физическое и психическое состояние, а также условия, при которых вы это делаете. Хорошее понимание всех названных элементов важно для изучения того, какие факторы влияют на результат в лучшую или худшую сторону. Более конкретное мышление способно помочь лучше понять этот контекст и то, как он влияет на происходящее.

Хороший способ сказать, находятся ли ваши стили мышления в равновесии, — рассмотреть взаимосвязь между мышлением и действием. Если ваше размышление о проблеме приводит только к увеличению мышления как такового, оно, вероятно, чересчур абстрактно и подпитывает само себя, переходя в руминацию, сверхобобщение и бездеятельность. Если размышление о проблеме приводит к плану, принятию решения и к какому-то действию, чтобы справиться с трудностями, вы, вероятно, мыслите конкретно. Это именно то, что нужно делать, столкнувшись с трудностями или стрессовыми событиями».

Составление плана домашнего задания

Полезный эксперимент во время сессии дает пациенту веское основание продолжать мыслить конкретно в повседневной жизни. Опыт улучшения настроения и уверенности после нескольких минут размышлений в ином ключе может убедительно продемонстрировать разницу между способами обработки и мотивировать пациента попробовать этот подход. Эксперимент часто убеждает, что абстрактный стиль бесполезен, и предполагает, что существует жизнеспособная, осуществимая и полезная альтернатива. На данном этапе терапевт призывает пациента встроить мышление типа «как» в «если.., то...»-план непредвиденных обстоятельств (как обсуждалось в главе 7). Например, при обнаружении ранних предупреждающих знаков руминации, включая вопросы типа «почему», пациент вместо этого практикует вопросы типа «как». Полезно использовать аудиозапись поведенческого эксперимента для руководства дальнейшей практикой вне терапевтической сессии. Мы призываем пациентов сначала практиковаться, слушая упражнения, проводимые в ходе сессии, снова и снова, чтобы ознакомиться с образом мышления, а затем встроить этот прием в свои реакции в повседневной жизни.

Я рекомендую пытаться адаптировать вопросы типа «почему» в вопросы типа «как», которые лично актуальны. Также важно поощрять пациентов продумывать вопрос типа «как», а затем действовать соответственно своим ответам на него (то есть использовать вопрос, чтобы инициировать разрешение проблем и планирование действий). Вопросы типа «как» особенно полезны в сочетании с обучением, поскольку они напоминают пациентам о том, что нужно практиковать разрешение проблем, а не руминацию, и помогают им не сбиваться с пути (то есть не уходить по касательной, разрешая проблемы). Кроме того, в этих вопросах подчеркивается необходимость применения подхода, основанного на обладании навыками и эффективности. У них есть преимущество фокусировать пациентов на принятии решений и составлении планов. Таким образом, они способны помочь вырваться из руминативной петли. Пациенты сообщают об этих вопросах как о полезных, когда могут остановиться и использовать их в сложной ситуации.

Важное дело — создать ситуацию, при которой пациенты могут использовать эти вопросы, когда они больше всего нужны, то есть когда люди испытывают стресс и сложные эмоции (принцип 5: связать поведение с триггерами и предупреждающими знаками). Для содействия этому можно предпринять несколько шагов. Во-первых, как упоминалось выше, функциональные вопросы могут быть непосредственно встроены в «если.., то...»-планы пациентов. Во-вторых, некоторые пациенты считают полезным подготовить небольшие портативные карточки, на которых они пишут свои самые полезные вопросы. Ношение вспомогательных средств в сумочке или кошельке, где они всегда под

рукой, напоминает пациентам о необходимости использовать данную технику в повседневной жизни. В-третьих, может пригодиться воображаемая репетиция. Повторное представление сложных и тревожных ситуаций, а затем репетиция данной стратегии могут консолидировать альтернативную реакцию (например, представление себя в проблемной ситуации и выявление вопросов типа «почему» с их заменой на вопросы типа «как»). Чем больше работа с воображением вызывает и включает в себя реальные предупреждающие знаки руминации для пациента, тем она полезнее, потому что это напрямую связывает новую реакцию, направленную на преодоление трудностей, с существующим сигналом, что увеличивает вероятность того, что более адаптивная реакция будет использоваться, когда необходимо.

Описанная последовательность иллюстрирует общий и важный паттерн шагов, используемых в СРКПТ:

Во-первых, мы стремимся изучить собственный опыт пациента (например, определить вопросы типа «почему») (принцип 1: нормализовать опыт руминации пациента; принцип 4: использовать функционально-аналитический подход).

Во-вторых, мы экспериментируем непосредственно с альтернативным подходом, чтобы дать пациенту другой, надеюсь, более позитивный опыт (например, эксперимент «почему — как») (принцип 3: поощрение активного, конкретного, эмпирического и специфического поведения — правило АКЭС; принцип 7: переход к адаптивному стилю мышления).

В-третьих, если эксперимент успешен, мы устанавливаем новый подход как регулярное упражнение, которое пациент постоянно выполняет в повседневной жизни (то есть ежедневно слушает запись сессии и делает ее частью «если..., то...»-плана) (принцип 5: связать поведение с триггерами и предупреждающими знаками; принцип 6: подчеркнуть важность повторения и практики).

Мнемоническим для этого подхода является шесть Е или Е⁶ (Explore Experience [исследовать опыт], Experiment with Experience [экспериментировать с опытом], Exercise and Engage [упражняться и взаимодействовать]). Троякая логика, лежащая в основе данного подхода, заключается в том, чтобы держать фокус лечения на смещении опыта (принцип 3: поощрение активного, конкретного, эмпирического и специфического поведения — правило АКЭС), работать над непрерывной практикой, интегрированной в повседневную жизнь (чтобы лучше определить поведение в качестве мишени терапии, см. главу 2; принцип 5: связать поведение с триггерами и предупреждающими знаками; принцип 6: подчеркнуть важность повторения и практики), а также наращивать позитивные ожидания и надежды пациента путем предоставления ему

позитивного опыта в ходе сессии и формирования новых моделей поведения на его основе (принцип 8: фокус на неспецифических факторах).

Обучение конкретности

Я разработал обучающее задание, в котором люди многократно практикуют генерирование конкретных представлений разных ситуаций, и обнаружил, что непрерывная практика этого задания способна уменьшить руминацию и депрессию (Watkins et al., 2009, 2012; более подробную информацию см. в главах 1 и 2). В рамках СРКПТ подход к обучению конкретности основан на успешном эксперименте «почему — как», предоставляющем пациентам способы изменить стиль мышления.

Ключевые шаги каждой практики пациента во время обучения кратко описаны ниже. Инструкции применяются либо к недавнему расстраивающему событию, где пациент вспоминает событие как можно ярче и прорабатывает шаги, либо к текущей проблеме по мере ее возникновения. Терапевтическая сессия, в которой практикуются упражнения на конкретность, записывается на аудионосители, а запись дают пациенту, чтобы он мог повторно практиковать упражнение в качестве домашнего задания.

Основные инструкции и основные элементы обучения конкретности

Сфокусируйтесь на сенсорных деталях и обратите внимание на то, что является специфическим и отличительным

- Обратите внимание на то, что вы испытываете в данный момент. Сосредоточьте внимание на конкретных деталях ситуации: видах, звуках, вкусах, запахах, текстурах, когда и где все происходит, кто там есть, что происходит, и на ощущениях, которые вы чувствуете в своем теле.
- Обратите внимание, что делает событие отличным от других подобных случаев. Отметьте, чем оно отличается от других по времени, месту, обстановке или обстоятельствам.

Обратите внимание на процесс, в рамках которого разворачиваются события и поведение

- Помните, как возникают ситуации. Осознайте последовательность событий — что происходит раньше, что следует после каждого действия и события.

Обратите внимание на ряд шагов или действий, которые приводят к событию.

- Ищите сигналы или предупреждающие знаки. Обратите внимание — могут появиться индикаторы, указывающие на вероятность возникновения трудностей.
- Ищите поворотные моменты. Обратите внимание на любые моменты или шаги, в которых другое решение, действие или обстоятельство могут изменить происходящее.

Сфокусируйтесь на том, как вы можете двигаться дальше

- Будьте конкретны в том, как хотите, чтобы все изменилось. Представьте, что все было бы иначе, если бы вы справились с данной трудностью. Будьте конкретны и реалистичны.
- Планируйте. Спросите себя, как можете разбить все на отдельные части и управляемые шаги, которые вы способны предпринять, чтобы перейти к полезным действиям.
- Действуйте. Сделайте первый шаг в цепочке действий (умственных или физических), которые вы способны предпринять, чтобы справиться с трудностью, а затем используйте последовательность, преодолевая новые трудности по мере их возникновения; признавайте свой прогресс, когда дела идут хорошо!
- Чтобы извлечь максимальную пользу из каждого опыта, запомните, чему вы научились, разрешая каждую проблему, как можно использовать это знание в будущем и любых планах, которые могут возникнуть в результате.

После того как вы объяснили разницу между конкретной и абстрактной обработкой (описано выше), техники конкретности могут быть представлены и практикуются в терапевтической сессии, как обсуждалось в Watkins et al. (2012). Руководство для терапевта заключено в скобки на протяжении всего скрипта, данного ниже:

«Чтобы помочь вам мыслить более конкретно, я хотел бы, чтобы вы практиковали ряд специальных упражнений на мышление. Они разработаны для того, чтобы уменьшить проблемы руминации, свехобобщения и бездействия, которые, как мы знаем, способствуют депрессии. Основной набор упражнений предполагает, что вы будете учиться быть более

конкретным, сталкиваясь с проблемами, трудностями или стрессовыми событиями. Это то, что мы будем практиковать сегодня. -Исследования показали: 30 минут ежедневной практики этих тренировочных упражнений значительно снижают симптомы депрессии. Поэтому мы знаем — обучение реально помогает.

Чтобы помочь вам сконцентрироваться во время упражнений, я попрошу вас закрыть глаза или посмотреть на пол, стену или потолок — что-то тусклое, не привлекающее внимания. Сядьте в удобном положении, ноги на полу. Если кажется, что вы задумались, не волнуйтесь — просто медленно верните внимание, чтобы сфокусироваться на том, что я говорю. И если в любой момент почувствуете дискомфорт, пожалуйста, дайте мне знать. Хорошо?

Мы будем практиковать мышление конкретным образом с рядом стрессовых и тяжелых событий. Повторяющаяся практика конкретного мышления для таких событий позволит укрепить способность перейти к конкретному образу мышления, превратить его в более автоматическую привычку... Таким образом, вы можете найти его более простым и естественным в использовании... так что можете использовать его, чтобы быть более эффективным, когда это больше всего нужно... естественно и инстинктивно... когда сталкиваетесь с трудностями или стрессом изо дня в день.

Давайте начнем с детального изучения примера из вашей собственной жизни, чтобы продемонстрировать, как мыслить конкретно. Ранее вы упомянули ситуацию, когда возникли трудности с руминацией [или свехобобщением, или бездействием]».

Терапевт возвращается к предыдущему примеру руминации или свехобобщения, упомянутому пациентом. Полезно выбрать пример, который, вероятно, подойдет для обучения: где есть возможность более подробно описать событие и где оно не слишком трудное или эмоционально сложное для пациента. Лучше всего начать практиковаться со слегка или умеренно расстраивающего события, а не с более серьезного.

«Вы нормально чувствуете себя, рассказывая об этом событии? Хорошо. Я дам вам довольно много инструкций в первый раз, чтобы помочь разобраться в упражнении.

Давайте начнем с того, что создадим обстановку. Расскажите коротко о событии и о том, что произошло».

По мере необходимости терапевт выясняет более подробную информацию о событии, задавая вопросы: «Где это произошло? Когда это происходило [день, время]? Кто был там? Что происходило? Как это происходило? Какая у вас была реакция? Что он/она сделал/а?» Он помогает пациенту подобным образом, пока не будет достаточно деталей, чтобы живо представить сцену -произошедшего и получить ощущение прослеживаемости ситуации.

«Поскольку данное событие уже произошло, чтобы иметь возможность думать о нем конкретно, сначала нужно мысленно заново воссоздать его и погрузиться в него, будто вы находитесь там прямо сейчас, смотрите на все своими глазами, присутствуете своим телом, вновь все переживаете. Делая это, вы уже начинаете практиковать первый этап того, чтобы быть конкретным, — фокусируясь на деталях чувственного опыта в данный момент и замечая, что является специфическим и отличительным. Смотреть на все с собственного ракурса очень важно, потому что ваш опыт становится более реальным, связывает вас с непосредственным опытом и поощряет более активную роль. При депрессии люди часто представляют события с ракурса «мухи на стене», наблюдая за собой как бы со стороны, что заставляет их чувствовать себя оторванными от ситуации или отдаленными от событий. Это приводит к пассивному, не вовлеченному подходу, который не помогает наладить жизнь.

Теперь так хорошо, как можете, сконцентрируйтесь на выполнении моих инструкций — продолжайте фокусироваться на том, что я говорю, и на том, что вы себе представляете, — пока я не попрошу вас рассказать, что вы испытываете. [Эта инструкция полезна в обучении, поскольку некоторые участники часто перебивают, чтобы объяснить, что они делают, в середине инструкции.]

Итак, я хотел бы, чтобы вы представляли, как можно более ярко и конкретно, что с вами происходит эта ситуация [при необходимости напомните]... как если бы вы сейчас были в тот момент и все видели своими глазами, присутствуете там собственным телом ...[2-секундная пауза]... Сфокусируйтесь на конкретных деталях, которые делают ваш опыт особенным... выделяющимся...

[2-секундная пауза] ...

Обратите внимание на то, что вы испытываете в данный момент... Посмотрите на ситуацию с собственного ракурса, будто смотрите на сцену...

Создайте четкое изображение того, где вы находитесь, вашего окружения, как [заполнить из краткого отчета] ... Обратите внимание на конкретные

[заполнить из краткого отчета релевантные виды, звуки и т.д.]. Осознайте ощущения, которые испытываете в теле. Обратите внимание на детали, которые делают эту ситуацию отличительной и уникальной...»

[5-секундная пауза]...

«Скажите коротко, что вы замечаете? Расскажите, что видите “на сцене”?»

Терапевт проверяет и исследует конкретные детали (например, выражение лица, тон голоса, данные чувственного опыта). Он дает обратную связь, примеры, поощрение, руководство, обоснование и дальнейшие подсказки, если нужно подтолкнуть пациента к более конкретным описаниям. Терапевту следует убедиться, что есть подробные и конкретные изображения и что пациент ведет повествование с точки зрения положения на местах, например: «Когда вы себе это представляете, смотрите на происходящее, как на действие на сцене, или от первого лица, своими глазами?».

«Чем это событие отличается от других, подобных? Что его отличает от иных подобных ситуаций во времени... месте... обстановке... обстоятельстве? Что помогает вам локализовать это событие в определенном месте и времени? Что делает его отличительным?...»

Терапевт дает обратную связь, примеры, поощрение, руководство, обоснование и, при необходимости, дальнейшие подсказки.

«Далее, продолжая практиковать, представьте себя в собственном теле, обзорающим сцену действия. Мы будем практиковать другой элемент конкретного мышления: замечать процесс, посредством которого разворачиваются события и поведение, узнавать последовательность событий, что происходит раньше и что следует после каждого действия и события. Это поможет вам увидеть, как одно приводит к другому; учиться на опыте произошедших событий; предполагать, что может произойти дальше, и видеть, каким образом можно действовать, чтобы что-то изменить.

Итак, вы все еще смотрите своими глазами... сфокусируйте внимание на том, как произошло это событие... акцент на последовательности событий, ведущих к этому событию... Как можно ярче и конкретнее представьте серию шагов и действий, которые привели к этому [вставьте краткое описание сценария]. Все еще смотрите на происходящее своими глазами, пребываете в собственном теле...

Точно так же, как вы можете воспроизводить фильм с разной скоростью, например в замедленном режиме, чтобы уловить ключевые вещи, когда вы представляете себе, что произошло, можете контролировать, насколько быстро или медленно вы переживаете всю последовательность, чтобы уловить ключевые этапы и моменты, ведущие к событию. Они могут длиться секунды, минуты, часы, дни или недели. Часто полезно представлять событие очень медленно, чтобы ощутить, что происходит каждую секунду, будто переживаешь что-то кадр за кадром... постоянно наблюдая, как последовательность разворачивается с вашей собственной точки зрения, словно вы находитесь там сейчас, глядя на все своими глазами... Обратите внимание, какой процесс, какая последовательность событий привели к этому событию...

[5-секундная пауза]...

Не открывая глаза, расскажите мне о серии этапов, которые привели к этому событию».

Терапевт проверяет и исследует конкретную информацию и дает обратную связь, примеры, поощрение, руководство, обоснование и, при необходимости, дальнейшие подсказки. Как только становится ясно, что достаточно подробная последовательность шагов визуализирована, терапевт задает вопросы о предупреждающих знаках и непредвиденных обстоятельствах:

«Как вы представляете себе последовательность событий, которые привели к сложной ситуации? Можете ли обнаружить какие-либо сигналы или предупреждающие знаки, указывавшие на эту трудность? Скажите, какие сигналы и знаки вы можете отметить. Есть ли более ранние сигналы?

Как вы представляете себе последовательность, замечаете ли какие-либо моменты, когда другое решение либо действие или иные обстоятельства могли изменить то, что произошло? Как вы могли повлиять на то, что произошло, в лучшую или худшую сторону? Скажи мне, что могло повлиять на про-изошедшее.

Отлично. Теперь, когда вы достигли четкого понимания деталей ситуации, в которой находитесь, и того, как вы в ней оказались, можете практиковать еще один элемент конкретного мышления: фокусирование внимания на подробных этапах, которые помогут двигаться дальше; средства, с помощью которых вы можете сделать что-то с проблемой. [Терапевт определяет проблему для участника.]

Во-первых, обдумайте кратко, так конкретно, как можете, как бы все изменилось и было бы по-другому, если бы вы продвинулись дальше в разрешении проблемы... разобрались бы с ней... Что бы вы сделали иначе?...

[2-секундная пауза]

Не открывая глаз, скажите мне, как обстояло бы дело, если бы вы продвинулись дальше в разрешении этой проблемы и разобрались бы с ней? Что бы вы сделали по-другому?»

Терапевт проверяет и исследует реалистичность цели, описанную с точки зрения конкретных изменений в поведении или окружении, дает обратную связь, примеры, поощрение, руководство, обоснование и дальнейшие подсказки по мере необходимости.

«Затем сфокусируйтесь на том, как вы можете двигаться дальше... первые шаги, которые можно предпринять для продвижения вперед... как вы можете составить план, как вы можете продвигаться к полезным действиям... Помните, что шаги, которые вы предпринимаете, могут включать в себя как физические, так и мысленные “действия”, такие как “уходить” или “принять решение”, либо “что-то сказать кому-то” или “сказать себе что-то другое” [действие, предложенное в -предыдущем разделе, тоже может быть полезным для кого-то].

Теперь представьте, что вы продолжаете смотреть на сцену действия от первого лица, своими глазами, пребывая в своем собственном теле... Представьте так хорошо, как только можете, как можно ярче и конкретнее, что вы делаете дальше, чтобы справиться с вашей ситуацией.

Снова представьте, какие шаги вы предпринимаете в наиболее подходящие сроки — эти шаги могут занять секунды, минуты или произойти в течение следующих дней, недель или месяцев... важно, что вы представляете, как разбить задачу на отдельные, управляемые этапы, максимально конкретно. Посмотрите на первый шаг в цепочке действий, которые вы можете предпринять, чтобы справиться с этим сложным событием... и затем, учитывая последовательность того, как один шаг ведет к другому... представьте это как можно ярче...

[5-секундная пауза]

Расскажите, какой первый шаг вы сделали к цели, а затем — как вы поступили?»

Терапевт проверяет и исследует отдельные шаги, отражающие ощущение последовательности и непредвиденных обстоятельств, что кажется полезным.

«Расскажите мне, чему вы научились и как можете использовать это в жизни сейчас и в будущем. Обратите внимание на то, какие действия вы планируете предпринять далее. Что вы узнали, что может пригодиться вам в дальнейшем?»

Терапевт проверяет и исследует процесс обучения с учетом определенных контекстов и обстоятельств, влияющих на результаты. Какое поведение увеличивает шансы на успех и помогает выработать четкий план действий, осуществимый тогда либо сейчас?

«Каков ваш опыт того, что вы мыслили более конкретно об этом трудном событии?»

Терапевт проверяет наличие какой-либо ощутимой пользы, исправляет любую путаницу и неопределенность и рассматривает, есть ли изменения в руминации и сверхобобщении.

«Итак, вы только что продумали сложную стрессовую ситуацию конкретным образом... используя все ваши чувства, чтобы узнать детали, которые делают ситуацию отличительной и уникальной... фокусируясь на том, чтобы заметить, как все происходит... рассматривая перспективу развития ситуации... поставив вас в лучшее положение, чтобы посмотреть, как двигаться дальше... находя решение проблемы... помогая вам строить планы и замечать, что влияет на ваш прогресс, чтобы вы могли лучше осознавать, что важно в будущем.

Хорошо. Мы только что практиковались думать более конкретно о произошедшем стрессовом для вас событии. У вас есть вопросы?»

После тренировки на произошедшем событии и определении того, что пациент понимает упражнение, оно затем повторяется в сессии либо с другим произошедшим событием, либо с трудностью, которую пациент испытывает постоянно, с использованием идентичных инструкций. Важно обеспечить повторную практику упражнения в течение сессии. В соответствии с представлением о том, что руминация является привычкой, терапевт подчеркивает важность многократной ежедневной практики упражнения на конкретность. Изначально пациент выделяет время для прослушивания записи сессии и практики с произошедшими событиями и затем, по мере того как он или она усваивают упражнение, начинает использовать его в повседневной жизни в качестве реакции на трудности и стрессоры по мере их возникновения.

Следующие инструкции демонстрируют, как обучение конкретности может быть введено и подчеркнуто в качестве стратегии первой помощи, которая будет использоваться пациентами в момент, когда они сталкиваются с реальными трудностями:

«Вы также можете использовать данное упражнение на конкретность как эмоциональную стратегию первой помощи. Всякий раз, когда вы замечаете, что испытываете стресс и ваше настроение падает, или вы сталкиваетесь с проблемой в повседневной жизни, можете использовать конкретное мышление как стратегию первой помощи, чтобы лучше справиться с трудностью. После того как вы научились этому навыку первой помощи и попрактиковались, можете использовать его, когда чувствуете необходимость, в любое время в течение дня. Мы рекомендуем вам сначала регулярно практиковать эмоциональное упражнение первой помощи, например прослушивая аудиозапись этой сессии лечения. После того как вы практиковали его на протяжении некоторого времени, вы должны быть в состоянии фокусироваться на упражнении первой помощи без необходимости слушать запись.

Давайте сейчас потренируемся в упражнении по оказанию первой эмоциональной помощи. Для выполнения данного упражнения сфокусируйте внимание на конкретных деталях и обстоятельствах события, разворачивающегося непосредственно в настоящем, как оно происходит с вами прямо сейчас — вместо того чтобы представлять себя снова в стрессовой ситуации.

Это может быть реальная проблема, негативная мысль, беспокойство, опасение или настроение (например, чувствовать грусть, обеспокоенность, чувствовать себя подавленным, скучающим).

Есть ли у вас сейчас какие-то трудности, к которым вы можете применить упражнение первой помощи? [Терапевт отмечает, что волнует пациента, и узнает некоторую предысторию.] Хорошо, во время упражнения мы сосредоточимся на этой проблеме.

Пожалуйста, скажите мне, насколько эта проблема [используйте термин пациента] беспокоит вас сейчас от 0 (вовсе не беспокоит) до 100 (беспокоит в максимальной степени)?

Скажите, какой стресс вы испытываете сейчас по шкале от 0 (совсем не испытываете стресс) до 100 (испытываете максимально возможный стресс)?

Начните упражнение первой эмоциональной помощи, сфокусируйтесь на дыхании... как можно лучше сфокусируйтесь на дыхании... [2-секундная пауза] — пусть дыхание станет глубоким и ровным... медленным... непрерывным... расслабленным... Замечайте, как каждый вдох, который вы делаете... [2-секундная пауза], позволяет вам испытывать больший комфорт... стать более расслабленным внутри себя... Вдохните... [3-секундная пауза]... и... выдохните [3-секундная пауза]... приятно и медленно [2-секундная пауза]... Спокойно... и расслабленно... [2-секундная пауза]».

Терапевт фокусируется на деталях чувственного опыта и замечает, что является специфическим и отличительным.

«Теперь так хорошо, как можете, сфокусируйте внимание на том, чтобы как можно конкретнее оценить, что происходит в данный момент... [3-секундная пауза]. Обратите внимание на детали того, что происходит вокруг вас... [5-секундная пауза]. Понаблюдайте, где вы находитесь. Осознайте, что вас окружает... [3-секундная пауза]. Обратите внимание на то, что вы можете видеть; обратите внимание на конкретные звуки, которые вы можете слышать; запахи, текстуры, которые можете чувствовать... [3-секундная пауза]. Сосредоточьтесь на ощущениях, которые вы чувствуете в своем теле...

[3-секундная пауза] Обратите внимание на любые чувства, мысли или опасения, которые могут вас беспокоить. Уделите пристальное внимание своим чувствам, мыслям и опасениям, которые могут вас беспокоить.

Сфокусируйте внимание на конкретных деталях, которые делают ваш опыт прямо сейчас отличным от любого другого момента.

Расскажите мне коротко, что вы замечаете в этой ситуации».

Терапевт проверяет и исследует конкретные детали (например, детали об окружении и элементах чувственного опыта). Он дает обратную связь, примеры, поощрение, руководство, обоснование и дальнейшие подсказки, если необходимо — с упором на проверку того, что пациент напрямую связан с опытом.

«Что вы замечаете в этом опасении [или этой мысли, или этом чувстве]? Чем это [опасение, мысль, чувство] отличается во времени... месте... обстановке... обстоятельствах? Что делает это уникальным?

Теперь сфокусируйтесь на том, как возникла ситуация... последовательность событий, ведущих к этому моменту, этой жизненной проблеме и опасению... Как можно более ярко и конкретно воссоздайте серию шагов, действий и

событий, которые привели к [опасению, мысли, чувству] прямо сейчас; смотрите на событие своими глазами... Обратите внимание, какой процесс, какая последовательность событий привела к этому моменту, в течение секунд, минут, часов, дней, недель... Обратите внимание, когда началось [опасение, чувство, мысль]... [5-секундная пауза]... Коротко расскажите, как вы оказались в этой ситуации».

Терапевт проверяет и исследует конкретную информацию, указывающую на последовательность, и дает обратную связь, примеры, поощрение, руководство, обоснование и дальнейшие подсказки, если необходимо.

«Когда вы фокусируетесь на последовательности событий, которые привели к этому моменту, обнаруживайте любые подсказки или предупреждающие знаки, указывающие на то, что это [опасение, мысль, чувство] начинается. Скажите, какие сигналы и знаки вы можете заметить».

Терапевт проверяет и исследует конкретную информацию, указывающую на последовательность, и дает обратную связь, примеры, поощрение, руководство, обоснование и дальнейшие подсказки, если необходимо.

«Есть ли какие-нибудь более ранние сигналы?»

Обратите внимание на любые моменты, когда другое решение или действие или другие обстоятельства могли изменить то, что произошло. Скажите, что могло повлиять на произошедшее? Теперь в общих чертах рассмотрим, как бы все изменилось, если бы вы продвинулись дальше в разрешении этой проблемы... разрешили бы ее... [2-секундная пауза]... Затем сфокусируйтесь на первых шагах, которые вы можете предпринять для движения вперед... как вы можете составить план, перейти к полезным действиям... [2-секундная пауза]... Теперь представьте, что вы продолжаете смотреть своими глазами, пребывая в своем теле... Представьте как можно более ярко и конкретно, что вы делаете дальше, чтобы справиться с ситуацией... секунда за секундой ... или месяц за месяцем... разбивая задачу на дискретные, управляемые шаги. Посмотрите на первый шаг в цепочке действий, которые вы можете сделать, чтобы справиться с этим трудным событием... а затем следуйте последовательности того, как один шаг ведет к другому... представьте это как можно ярче... [5-секундная пауза]...»

Кратко расскажите, как вы планируете двигаться дальше».

Терапевт проверяет и исследует дискретные шаги, отражающие ощущение последовательности и непредвиденных обстоятельств, которые кажутся

полезными, и дает обратную связь, примеры, поощрение, руководство, обоснование и дальнейшие подсказки по мере необходимости.

«Обратите внимание на то, что вы узнали, и на то, что планируете сделать ДАЛЬШЕ.

Теперь, пожалуйста, скажите мне, насколько эта проблема [используйте термин пациента] беспокоит вас сейчас — от 0 (совсем не беспокоит) до 100 (в максимальной степени)?

Скажите, какой стресс вы испытываете сейчас по шкале от 0 (совсем не испытываете) до 100 (испытываете максимально возможный стресс)?

Что вы заметили, рассматривая эту текущую проблему сейчас?

Есть еще один способ, которым можно воспользоваться в упражнении первой помощи. Вы можете использовать его в качестве реакции на предупреждающие знаки, которые учитеесь замечать как способ предотвратить проблемы и пресечь их на корню. Например, если чувство физического напряжения в плечах и шее и ощущение увеличения сердечного ритма являются предупреждающими знаками, которые часто появляются непосредственно перед тем, как вы начинаете руминировать, было бы полезно использовать первую эмоциональную помощь, когда вы заметили это напряжение. Сфокусируйтесь на снижении напряженности в качестве мишени первой помощи — это может остановить руминацию.

Предупреждающие знаки депрессии варьируются от человека к человеку. Это могут быть конфликты, разочарования, новизна, неопределенности, проблемы, риски; физические чувства вроде напряжения, «бабочек» и пустоты в животе, усталости; эмоции, такие как тревога, раздражительность, разочарование; психические переживания, такие как сужение фокуса внимания, запутанность и туманность мышления; ситуации вроде ощущения давления извне, попытки делать слишком много дел сразу; такие мысли, как сомнения и самокритика. И как только вы сфокусируетесь на опыте конкретного мышления, установите мысленную связь между вашими предупреждающими знаками и конкретным образом мышления. Представьте себе использование упражнений первой помощи для перехода к конкретному образу мышления в качестве реакции на предупреждающие знаки как активную попытку справиться со сложной ситуацией и улучшить свою ситуацию.

Как вы думаете, какие ваши основные ранние и предупреждающие знаки депрессии (руминация, бездействие, -сверхообщение)? Давайте подумаем,

как можно использовать упражнение первой помощи, когда вы заметили предупреждающий знак. Какие из них — мысли или физические ощущения — наиболее распространены или являются ранними?

Хорошо, теперь постройте мысленную связь между этим предупреждающим знаком и выполнением упражнений первой помощи. Представьте, что, заметив предупреждающий знак, вы выполняете упражнение первой помощи. Представьте как можно ярче.

Отметьте в своих мыслях: «Если я замечу предупреждающий знак, то воспользуюсь упражнением первой помощи».

Теперь сфокусируйтесь на том, что полезного вы могли бы сделать в качестве реакции на предупреждающие знаки — как вы могли бы предотвратить ухудшение ситуации, заметив эти знаки. Какие шаги могли бы предпринять? Сфокусируйтесь на этом на несколько мгновений».

Терапевт проверяет и исследует отдельные шаги, отражающие ощущение последовательности и непредвиденных обстоятельств, которые кажутся полезными.

Опять же, я хочу подчеркнуть важность того, что пациенты могут многократно практиковаться и замечать более абстрактное мышление, а затем смещать его к более конкретному в повседневной жизни (например, связывать мысли с конкретными аспектами ситуации — что, где, когда и как). Содержание мысли неважно, потому что практика укрепляет способность быть конкретнее и упрощает такое смещение, если возникают более важные и эмоциональные мысли. Кроме того, регулярная краткая практика стимулирует и активизирует более конкретный стиль, так что даже несколько ее минут сделают данный стиль мышления более доступным.

Руководство для терапевта: проверки и подсказки во время упражнения на обучение конкретности

На протяжении всего упражнения на конкретность терапевт проверяет, что пациент выбрал подходящий пример для практики и принял конкретный стиль. Терапевт направляет и подсказывает более конкретные описания, если пациент недостаточно конкретен. Ниже даны рекомендации, как это сделать. Дополнительные сведения можно найти ниже в этой главе и главе 3 (принцип 3: поощрение активного, конкретного, эмпирического и специфического поведения — правило АКЭС).

Выбор ситуаций для практики

Что касается выбора примеров для практики, терапевт проверяет, что выбранный пример был не слишком расстраивающим или не являлся событием, о котором пациент с высокой вероятностью будет руминировать и, таким образом, с которым будет трудно справиться в начале обучения. Выбранное событие должно иметь отличительные и специфические элементы, которые можно идентифицировать. Если оно не кажется подходящим, терапевт работает с пациентом, чтобы найти другой пример для практики, или меняет временную направленность идентифицированного примера, перемещаясь раньше в цепочке, которая привела к основному событию, или фокусируясь на периоде руминации некоторое время спустя.

Терапевт просит пациента сначала описать сцену происходящего, чтобы понять, насколько легко отследить событие и является ли оно хорошим тренировочным примером, а также рассказать детали, которые позволяют направлять и побуждать к более обоснованному выполнению упражнения.

Фокусирование внимания на конкретном моменте

При описании сцены происходящего я рекомендую делать так, чтобы хронология воображения начиналась в момент, когда проблема стала очевидной или находится в самой острой стадии. Многие трудности, с которыми сталкиваются пациенты с депрессией, часто сложны и нарастают в течение длительного времени или могут включать повторные случаи. Таким образом, важно, чтобы практика конкретности была сфокусирована на конкретном случае и на определенной точке в последовательности трудности. По той же причине мы должны четко определить цель упражнения, сосредоточено ли оно на трудном событии (например, на споре с членом семьи) или на реакции на событие (например, руминировании о нем впоследствии). Любой из вариантов уместен, но терапевт должен убедиться, что фокус упражнения фиксируется на том или ином, а не перескакивает от одного к другому. Когда трудное событие плохо поддается изменению, то часто полезно сфокусироваться на реакции на событие.

Запрос на получение более подробной информации чувственного опыта

Когда пациент описывает сцену, терапевт ищет достаточное количество деталей, чтобы он мог начать четко ее представлять. Полезные вопросы с целью получить более конкретные детали события:

- Что произошло?
- Где это произошло?
- Когда это произошло?
- Кто там был?
- Как это произошло?
- Когда это началось?
- Когда это прекратилось?

Другой подход, позволяющий склонить пациента в сторону более конкретных описаний, заключается в том, чтобы побудить его к более контекстуальному, чувственному и перцепционному фокусу в воображении (например: «Обратите внимание на то, что вы можете видеть в гостиной»; «Опишите, что вы видите перед собой»). В социальных ситуациях терапевт спрашивает о поведении пациента и других людей, выражении лица, тоне голоса и позе (например: «Как он звучит?»; «Откуда вы знаете, что он был зол?»; «Что в его поведении/выражении лица сигнализирует об этом?»; «Как вы ему это говорите?»). Для психических и эмоциональных реакций терапевт подсказывает детали физических ощущений, точных мыслей и фокуса внимания (например: «Что вы замечаете в своем теле?»; «Какая мысль приходит вам в голову?»; «На что вы обращаете внимание?»).

Запрос сведений о внешней среде

Когда терапевт помогает пациенту заметить, в чем особенность или отличительная черта ситуации, он задает конкретные вопросы, чтобы получить информацию о внешней среде (например, местоположение, присутствие других людей) и поведении (включая действия, мысли), которые делают ситуацию уникальной и отличной от любых других («Что было уникального в месте, времени, поведении и среде, когда это произошло? Что вы думали или делали иначе, чем в других подобных ситуациях?»). Например, пациент, указывающий на свою головную боль, когда он отменил встречу с другом, может не рассматривать ситуацию как отличительную, если у него регулярно возникают головные боли. Но могут быть и другие элементы, связанные с произошедшим. Чем лучше вопрос описывает контекст, тем он более полезен для генерирования конкретных реакций. Кроме того, важно выделить потенциальные сравнения в

рамках вопроса и выбрать сравнение, которое наиболее вероятно будет значимым, понятным и полезным для пациента. Если одно сравнение не работает, попробуйте другое. Пациенту, практическим примером которого была отмена встречи с другом по телефону, потому что у него болела голова, задали следующие вопросы: «Чем этот раз, когда вы позвонили другу, отличается от других, когда вы ему звонили?»; «Что отличает это событие от ситуаций, когда вы двигались вперед к решению и виделись с другом?»; «Чем этот раз отличается от того, когда вы шли дальше в своих намерениях и встречались с другом? Разные вопросы выделяют разные аспекты ситуации и могут генерировать разные альтернативы.

Запрос подробной информации о разворачивающейся последовательности

При работе над этапами, на которых разворачиваются события, терапевт должен убедиться, что в последовательности достаточно деталей. Пациенты обычно резюмируют ситуации таким образом, что теряются временные детали. Поэтому полезно развивать то, что произошло посекундно, будто в замедленном движении, и использовать больше подсказок, чтобы определить, какие мысли, эмоции и физические ощущения испытывал пациент (например, терапевт может спросить: «Какая мысль пришла к вам в голову в тот момент именно тогда? И после этого — что вы чувствовали, или думали, или делали?»).

Аналогичным образом для раздела, посвященного следующим шагам, терапевт должен получить подробное, конкретное представление о том, как все изменится, что будет отличаться, к какой цели пациент хотел бы стремиться. Это полезно ре-ализовывать как поведение, то, что пациент станет делать, если проблема будет рассмотрена, а не как изменение физического или психического состояния или обстоятельства (например, «Что бы вы делали по-другому?»). Для человека, который руминировал об окончании отношений, желаемой конечной точкой могло бы быть возобновление отношений, отсутствие мыслей об отношениях, более уверенные действия, нахождение лучших отношений и так далее. Терапевт будет работать с пациентом, чтобы указать цель с точки зрения конкретного поведения.

В произошедших событиях, которые невозможно изменить, основное внимание уделяется тому, чтобы чему-то научиться. Терапевт задает вопросы типа: «Как можно чему-то научиться у этого события?»; «Что можно сделать по-другому, чтобы -предотвратить или подготовиться к этим проблемам в будущем?»; «Как можно изменить модели поведения, которые сохраняют эту проблему?»; «Как выразить свои чувства по поводу случившегося?»; «Что бы вы делали иначе, если бы отпустили это событие или оставили его в прошлом?»

Шаги, предпринятые для разрешения проблемы, скорее всего, будут успешными, если они являются простым поведением и действиями по изменению среды либо собственной реакцией пациента. Среди пациентов, получавших СРКПТ, повторяется ряд распространенных полезных шагов. Они включают в себя следующие действия: выполнять одно дело зараз; спросить кого-нибудь, как он поживает; надлежащим образом выражать чувства; дать себе больше пространства; сократить отвлекающие факторы; избавиться от стрессовой ситуации; распознавать, когда другие испытывают стресс; сказать себе что-то более позитивное; перенести фокус внимания на более позитивные вещи; сместить фокус внимания на решение задач; просыпаться и что-то делать; разбить задачи на меньшие этапы.

ФА и стиль мышления

Другой способ отучить пациентов от абстрактного мышления — поощрить их практиковать ФА для себя (см. главы 6 и 7; Раздаточный материал 8 «Быть более эффективным» и Раздаточный материал 9, форма «Быть более эффективным»). Формы ФА могут использоваться, чтобы помочь пациентам рассмотреть определяющие стимулы, которые относятся к ситуации (кто, где, когда, как и что), и как они влияют на результаты.

При описании ситуаций пациенту предлагается сделать это так, чтобы отразить весь контекст, то есть включить уточнения, где, когда, как, что и с кем. Например, «Я неудачник» становится «Я не смог пойти на плавание во вторник в 14:00, когда чувствовал усталость, и моя подруга позвонила, чтобы сказать, что она не может прийти».

Учитывать контекст, релевантный этой мысли, полезно для определения того, применимы ли мысли и чувства к другим ситуациям. Например, мысль «Я слишком устал, чтобы что-либо делать, и откажусь от своего плана сходить куда-нибудь завтра» может быть контекстуализирована в «Я думаю, что слишком устал, чтобы завтра идти помогать другим людям расчищать тропинки в птичьем заповеднике, — сидя дома в одиночестве сегодня в конце дня, когда я ничего не сделал». Эта контекстуализированная версия содержит гораздо больше деталей о том, что (мысли и подробности деятельности), где (в помещении или на улице), когда (сегодня, завтра) и с кем (в одиночестве, с другими людьми). Рефрейминг, таким образом, способен помочь пациенту увидеть, что усталость, которую он чувствует сейчас, необязательно имеет отношение к тому, как он будет чувствовать себя завтра, особенно если ему нравится проводить время на улице с другими людьми.

Пациенты могут проводить собственный ФА, чтобы распознать более конкретную и ситуационную информацию, относящуюся к результатам их деятельности. Например, когда попытка выполнить задачу unsuccessful, пациент изучает контекст, в котором произошел сбой, и то, как контекстуальные факторы (как, когда, где, с кем) могли повлиять на результат; какие контекстуальные факторы наблюдались, когда попытка была успешной, а когда — нет. Например, после того как не удалось выполнить свою работу собственными руками, пациент сфокусировался на более конкретной информации: «У меня не очень хорошо получилось повесить тяжелую картину сегодня утром, когда я торопился и испытывал стресс из-за встречи, и когда я был один, и это был первый раз, когда я вешал картину». Включение большего количества информации и превращение мышления в менее абстрактное и расплывчатое, как правило, делает мысль менее категоричной и облегчает способность учиться на ситуации.

Пациенты сообщают, что более описательный характер делает планы более управляемыми и он может дать подсказки, что делать дальше. Например, одна пациентка боялась навестить мать и сообщила об этом как о том, что вызывает у нее сильный стресс, сказав: «Я не могу справиться с этим». Она считала это причиной своих неудач. Практикуя ежедневные попытки быть более описательной, она впервые заметила, что ей не нравятся некоторые аспекты посещения дома матери (например, выполнять всю работу по дому), но она наслаждается некоторыми другими аспектами (например, сидеть и болтать с матерью). Ранее она придерживалась слишком общего и абстрактного взгляда на то, что ей трудно ехать в дом матери, не описывала различия в пределах одной ситуации. Будучи в состоянии описывать различия внутри ситуации, она научилась гораздо лучше управлять ею. Кроме того, возросшая способность описывать различия в ситуации позволила понять суть проблемы, которая, в свою очередь, помогла ее разрешить (например, организация будущих визитов к матери таким образом, чтобы баланс времени, проводимого с ней, по сравнению со временем, которое нужно тратить на выполнение работы по дому, стал для нее более приемлемым).

В другом примере мысль «Я голодна» может быть описана в контексте, в котором та появилась («Я голодна в 11 часов утра в своей квартире, практически ничем не занимаюсь, хотя съела два тоста на завтрак в 8 часов утра»). Контекстуальные детали предполагают не только то, что это состояние может быть изменчивым, но что определенные факторы могут иметь значение для внесения изменений.

Хотя это относительно тривиальная мысль, тот же процесс может быть применен к клинически значимым мыслям, таким как «я чувствую себя грустной» или «я чувствую усталость», которые влияют на поведение пациента. Практикуя

рассмотрение мыслей таким более конкретным образом, пациенты могут быть в состоянии изменить взгляд на стабильность этого состояния. Например, пациент может признать, что усталость является фактором контекста (например, когда он один дома, не делает ничего интересного, находится в помещении), а затем признать, что смещение контекста может быть полезным для снижения усталости. Эти подходы могут быть дополнительно усилены с помощью обсуждения примеров и более целенаправленного применения ФА с использованием форм домашних заданий (см. формы ФА из главы 6 и раздаточных материалов 6 и 7).

ФА бывает полезен в смене режима обработки, когда помогает пациенту определить, как его собственное мышление способно отличаться в разных ситуациях, и понять, что разные стили мышления могут давать разный эффект. Когда ФА раскрывает разные стили мышления, терапевт направляет пациента более систематически переходить к более полезной форме мышления. Этот подход имеет то преимущество, что он основан на собственном опыте пациента, выявляя поведение уже в его репертуаре и затем увеличивая частоту.

Одна пациентка сравнила периоды, когда ее руминация о трудности была бесполезной, с другими периодами, когда она была более полезной. Она определила конкретные аспекты контекста, среды и собственного поведения, которые повлияли на результаты. Пациентка сначала описала недавнюю ситуацию, когда получила счет по почте и начала чувствовать себя тревожной и напряженной, с ростом частоты сердечного ритма, сужением фокуса и потерей внимания. Когда последовательность ее мыслей отслеживалась момент за моментом, цепочка мышления начиналась с конструктивной мысли («Как я собираюсь платить по счетам?»), но за этим быстро следовали более оценочные и абстрактные мысли вроде «Я неудачница, потому что не работаю» и затем — ряд руминативных вопросов типа «почему», таких как: «Почему я такая никчемная?»; «Почему люди постоянно унижают меня?»; «Что со мной не так?»; «Что это говорит обо мне?». Такая последовательность мышления заставила пациентку стать более тревожной, подавленной, слезливой и изнуренной и лечь в постель. Этот эпизод руминации продолжался более трех часов.

Для сравнения пациентка сообщила о другом моменте, когда она почувствовала, что партнер игнорирует ее мнение при обсуждении решения. Данный опыт тоже привел к тому, что она чувствовала себя напряженной и увеличилась чистота сердечного ритма, а также сузился фокус внимания. Когда цепочка ее мыслей рассматривалась секунда за секундой, первые мысли были: «Я, наверное, приму неправильное решение», «Почему это так сложно?». Первоначальные мысли наталкивались на последовательность других вопросов: «Что бы сделал кто-то другой, чтобы справиться с этой проблемой?»; «Как лучше

всего получить позитивный результат?»; «Что я могу сделать по-другому?»; «Как я могу с этим справиться?». Эти вопросы помогли пациентке почувствовать себя менее напряженной и составить план. Период руминации длился всего 25 минут, и она нормально провела день.

Если сравнить две эти ситуации, становится очевидно, что увеличение напряжения и частоты сердечных сокращений, а также сужение фокуса внимания — потенциальные предупреждающие знаки для руминации. Также ясно, что то, как она думала в двух ситуациях, имело разные последствия для того, что она чувствовала и как справлялась с ситуацией. Первый пример иллюстрирует распространенный феномен в эпизодах руминации: первоначальная попытка конструктивно подумать о проблеме («Как я собираюсь платить по счетам?») имеет высокую тенденцию переходить в более абстрактные и оценочные вопросы типа «почему». Второй пример иллюстрирует естественное и спонтанное конкретное мышление типа «как». Когда две эти ситуации были сопоставлены, пациентка увидела, что последний способ мышления потенциально более полезен, чем первый, и что имеет смысл усилить его применение в повсе-дневной жизни. Эти естественные различия в стиле мышления совпадают с отличиями «как» и «почему», выявленными ранее, и указывают на то, что мышление типа «как» может происходить у пациентов спонтанно.

Когда это происходит, терапевт подчеркивает, что пациент уже делает что-то полезное, а затем стремится сделать его использование более систематическим и частым. Что касается этого пациента, терапевт следовал шести Е или Е⁶ (Explore Experience [исследовать опыт], Experiment with Experience [экспериментировать с опытом], Exercise and Engage [упражняться и взаимодействовать]), как описано ранее в этой главе, и дополнительно закрепил это, опробовав поведенческий эксперимент «почему — как» в ходе сессии. Оказалось, что вопросы «как» полезны, поэтому они были затем встроены в план «если..., то...»: «Если я замечу, что становлюсь напряженным, и фокус моего внимания сужается, я задам себе полезные вопросы, такие как: «Что бы кто-то другой сделал, чтобы справиться с этой ситуацией?»; «Как я могу справиться с этой ситуацией?»

Визуализация, воображение и конкретность

Техники визуализации и воображения могут быть очень действенными и помогают пациентам перейти от бесполезного стиля руминации к более полезному и конкретному, который, в свою очередь, приводит к эффективному

разрешению проблем. Упражнения на воображение и визуализацию имеют множество совпадающих преимуществ для руминации.

Во-первых, воображение имеет тенденцию быть конкретным, смещая обработку от абстрактного мышления, характерного для бесполезной руминации, к конкретному. Во-вторых, оно способно помочь пациентам сфокусироваться на последовательности действий, процессе и механике событий. Это помогает в решении проблем и уменьшает фокус внимания на значения, что часто встречается в руминации. В-третьих, воображение иногда помогает быстро привить другие образы мышления, которые могут изменить стиль обработки (обсуждается далее, в главах 10 и 11).

Вместе с тем важно отметить, что не существует простого взаимно-однозначного соответствия между воображением и конкретностью. Можно быть очень конкретным без воображения, например путем составления подробных словесных списков и планов. Кроме того, можно использовать образы, которые несут более общие и абстрактные значения, такие как прототипные образы, обобщающие несколько ситуаций без определенного контекста. Воображение с позиции наблюдателя (например, видеть себя в образе) более абстрактно, чем воображение с позиции на местах (например, представлять, что вы смотрите на происходящее собственными глазами). Так, ряд тревожных расстройств характеризуется типовыми негативными образами с позиции наблюдателя (например, человек с социальной тревогой видит себя трясущимся, потным и с ярко-красным лицом).

Общие принципы работы с воображением

Для некоторых пациентов может быть полезно практиковать воображение с простыми нейтральными объектами — прежде чем представлять в воображении относящуюся к ним лично эмоцио-нальную ситуацию (например, представить яблоко как можно четче). Работа с воображением максимально эффективна, когда выполняется с помощью спокойных наводящих вопросов и когда пациент расслаблен. Полезно социализировать пациентов в идею воображения и помогать им подготовиться к нему, выполнив вместе упражнение на релаксацию. Пациентов просят вызвать и описать весь спектр чувственного и эмоционального опыта в каждой ситуации. Образ обычно самый выразительный, когда представляется от первого лица, с позиции на местах (то есть будучи актером, смотрящим на воображаемую сцену, а не наблюдающим за собой в воображаемой сцене) и в настоящем времени (например, «Представьте себя в этой ситуации прямо сейчас. Что вы можете видеть своими глазами?»). Если

описание пациента создает образ в вашем собственном сознании как терапевта, он, вероятно, достаточно яркий.

Визуализация плана

Визуализация плана способствует более эффективному разрешению проблем и разработке стратегии, ориентированной на конкретные действия, чтобы прервать неизбежную руминацию о проблеме. Пациентов просят конкретно представить и мысленно отрепетировать шаги, необходимые для достижения цели или преодоления сложной ситуации. Ниже дан пример релевантных инструкций:

«Важно видеть себя, как вы занимаетесь [идентифицированной деятельностью], и удерживать этот образ в сознании. По мере того как вы воображаете ситуацию, наполните ее всеми подробностями — кто, когда и где, что происходило. Сделайте образ как можно более ярким и реалистичным — представьте формы и цвета, которые можете видеть, и звуки, которые слышите; представьте положение своего тела, заметьте любые запахи, осознайте присутствие своего тела в комнате. Опишите мне, что видите. Обратите внимание на то, что чувствуете, и по мере того, как переносите свое внимание на данное чувство, пусть оно укрепляется и углубляется».

Такая работа с воображением основана на выводе, что эффективнее представлять процесс, нежели результат, связанный с разрешением проблем (Taylor, Pham, Rivkin, & Armor, 1998). Поэтому пациенты поощряются к поэтапной визуализации ситуации, того, что происходит, какие действия они будут предпринимать, их последствия, а также обстоятельства, связанные с событием, и чувства, которые они испытывают. Данная визуализация может стать полезным дополнением к обучению конкретности.

Визуализация успеха, включая использование позитивного образа себя

Бывает полезно, когда пациенты сначала визуализируют успех, а затем — потенциальные трудности и то, как они могут их преодолеть. Например, у одной пациентки были спонтанные интрузивные образы того, что она идет в службу занятости. Это заставляло ее испытывать беспокойство. Терапевт работал с ней над использованием воображения, чтобы справиться с этим.

Терапевт: Из-за этого образа вы испытываете тревогу и, вероятно, он и есть ранний предупреждающий знак для руминации. Правильно?

Пациентка: Да.

Терапевт: Хорошо. Давайте используем это как возможность для практики плана на случай непредвиденных обстоятельств. Первый его этап — заметить предупреждающий знак, в данном случае — образ. Что вы будете делать после этого?

Пациентка: Визуализировать что-то более позитивное.

Терапевт: Хорошо. Давайте потренируемся прямо сейчас. Продолжайте представлять, что вы находитесь в той же сцене, поэтому ее легко узнать как офис службы занятости. Представьте себе, как он выглядит, когда вы входите внутрь, прямо сейчас, глядя на все своими глазами, как вы видите человека, с которым имеете дело, — действительно представьте это максимально ярко, как выглядит комната и выражение его лица, услышите тон голоса. И начните разговор, который у вас будет продолжаться далее; посмотрите, о чем вы говорите и как решаете свой вопрос. Создавайте образ как можно более ярким. Потратьте несколько минут на его создание в вашем сознании. Вы создали яркую картину в своем сознании?

Пациентка: Да.

Терапевт: Хорошо. Теперь представьте, что встреча продолжается, и посмотрите, как она развивается в позитивном ключе. По мере развития диалога представьте себе, как он оказался более полезным, чем вы ожидали. Обратите внимание на то, что говорит тот человек, на выражение его лица и тон голоса, и что все получается так, как вы надеялись. Обратите внимание на то, что вы чувствуете. (Пауза.) Что происходит?

Пациентка: Я болтаю с парнем, и дела идут вполне хорошо.

Терапевт: Отлично. Что вы чувствуете сейчас?

Пациентка: Я немного успокоилась, неприятные ощущения в животе прошли.

Терапевт: Это интересно. Ощущения в вашем животе могут стать еще одним предупреждающим знаком руминации? Вероятно, нам стоит отметить и это. Давайте быстро подведем итоги — вы только что потратили несколько минут на то, чтобы представить ситуацию иначе, чем раньше. Какой эффект это дало?

Пациентка: Я чувствую себя спокойнее и менее поглощенной мыслями.

Терапевт: Чему мы можем научиться из этого?

Пациентка: Воображение может очень сильно влиять на мои чувства.

Визуализация преодоления трудностей

Когда для пациентов определены полезные копинг-стратегии, повторяющееся воображение сложных ситуаций достаточно яркое, чтобы вызвать эмоции, за которыми следует использование данных стратегий (например, релаксация, изменение стиля мышления), что укрепляет копинговую реакцию, консолидирует «если.., то...»-план на случай непредвиденных обстоятельств и увеличивает вероятность того, что он будет использоваться в реальных ситуациях. Точно так же бывает полезно мысленно репетировать альтернативные реакции на триггеры руминации. Это особенно полезно, когда сигналы к руминации — эмоциональные реакции, такие как чувство напряженности, подавленности или раздражительности; использование воображения, чтобы вызвать эти чувства в течение сессии, даже если они слабо выражены, а затем — практика альтернативной реакции создадут ассоциацию между этим сигналом и конструктивной реакцией, не совместимой с руминацией. Другими словами, это включает в себя контробуславливание альтернативной реакции на триггер руминации, чтобы выучить новую, более адаптивную привычку (см. главу 2).

В примере, приведенном выше, пациентка, которая беспокоилась о том, чтобы пойти в службу занятости, визуализировала встречу, которая прошла хорошо. Затем терапевт помог ей отрепетировать то, как она может справиться с менее позитивной встречей. Диалог продолжается следующим образом:

Терапевт: Давайте перейдем к другому образу. Представьте себя в более сложной ситуации, которая возникла ранее, но на этот раз представьте, что вы справляетесь с ней. Давайте начнем с рассмотрения того, что бы вы делали, чтобы справиться с этой ситуацией. Что вы узнали такого, что может помочь вам справиться с трудными ситуациями? Расскажите мне о стратегиях, которые вы используете.

Пациентка: Я могу использовать визуализацию, я могу попытаться дышать медленнее, я могу попытаться действовать и говорить спокойно.

Терапевт: Отлично. Итак, у вас есть ряд стратегий, которые вы можете использовать. Теперь, когда вы вообразите сложную ситуацию, представьте себя как можно лучше, используя некоторые или все эти стратегии. Хорошо?

Пациентка: Угу.

Терапевт: Заново создавайте образ себя в сложной ситуации — представьте, что вы снова в офисе службы занятости и смотрите на мужчину, сидящего напротив вас; представьте, как он смотрит. Обратите внимание, как вы чувствуете себя в этой ситуации — немного тревожно и напряженно. Как только у вас будет четкий образ, продолжайте представлять себя в ситуации, а затем почувствуйте, что вы делаете дыхательные упражнения и начинаете успокаиваться. Представьте, что используете упражнение на визуализацию, чтобы расслабиться, и обратите внимание, что вы сфокусировались на чем-то позитивном. Представьте, что вы используете все эти стратегии совладания, сохраняя спокойствие. Обратите внимание: вы все еще можете чувствовать себя немного тревожно и настороженно, но продолжаете использовать упражнения в любом случае. Представьте себя ассертивной в спокойной манере, способной выражать свою точку зрения. Создайте как можно более яркий образ того, как вы находитесь в ситуации, делая то, о чем мы говорили. Сохраняйте образ того, как вы справляетесь с этой трудной ситуацией, делая его максимально выразительным... (-Пауза.) Хорошо, что затем произошло?

Пациент: Я чувствовала себя намного спокойнее.

Терапевт: Понятно. Что вы себе представляли, чтобы справиться с ситуацией?

Пациентка: Просто дышала. Мое дыхание, как правило, становится отрывистым, когда я расстраиваюсь, а затем я начинаю дрожать и кричать.

Терапевт: А что произошло в сцене, когда вы представляли, будто замедляете дыхание?

Пациентка: Я стала другим человеком. Просто подумала, что справлюсь. Я могу думать об этом более позитивно.

Терапевт: Что может стать следующим шагом, если вы думаете об этом более позитивно — если мы думаем о том, как воплотить мысли в действие? Казалось, что использование образа помогло избавиться от беспокойства. Есть ли какие-то планы, которые вы можете составить, чтобы продвинуться в этом дальше?

Обработка расстраивающих событий

Подход с использованием визуализированных образов может быть адаптирован к рассмотрению произошедшего события, о котором пациент руминирует. Этот подход полезен, когда пациенты сообщают о повторяющейся руминации о прежних расстраивающих событиях, которые, видимо, не разрешаются со временем. Первый шаг — проверить, соприкасается ли пациент с деталями и эмоциональным опытом того, что произошло, когда думает о произошедшем событии. Может, пациент думает о расстраивающем его событии снова и снова, но не привыкает к этому или полностью не обрабатывает события эмоционально, потому что в решающие моменты переключается с конкретных эмоциональных деталей на более абстрактное мышление (например, задает вопрос «Почему это произошло?»). Для завершения успешной обработки может потребоваться, чтобы пациент сфокусировался на конкретных эмоционально значимых деталях того, что произошло. Таким образом, принцип АКЭС применяется к обработке событий в такой же степени, как и к реагированию на текущие проблемы.

Довольно часто интрузивные воспоминания о случившихся расстраивающих или сложных событиях, таких как предшествующая травма, потеря или отвержение, вызывают эпизоды руминации. Эти воспоминания обычно вызывают дальнейшее руминативное мышление о значении и последствиях события. Хотя изначально вызванное в памяти воспоминание, как правило, включает в себя конкретные и чувственно-воспринимаемые детали, особенно для интрузивных и непроизвольных воспоминаний; это часто быстро заменяется более абстрактным и *концептуальным мышлением* о событии, поскольку пациент пытается осмыслить и понять, что произошло и почему. Эффект такого руминативного мышления заключается в том, что пациент тратит очень мало времени на детали, эмоции и непосредственный опыт негативного события, из-за чего становится трудно проработать событие, смириться с ним и привыкнуть к расстройству. Вместо этого пациент втягивается в размышления о значении события (например, «Почему это произошло? Что это говорит обо мне?»). Такое мышление отдаляет пациента от деталей исходного события.

Кроме того, когда эти абстрактные вопросы задаются, часто приходят в голову другие подобные события и ситуации, так что пациент в конечном итоге думает о ряде разных, но связанных сложных событий и воспоминаний. Это еще больше затрудняет эмоциональную обработку и привыкание к расстраивающему событию, потому что пациент думает о более чем одном воспоминании. Таким образом, человек со склонностью к руминации может попасть в самовоспроизводящийся цикл, где расстраивающие воспоминания могут быть триггерами руминации, но абстрактная руминация мешает ему эффективно их обрабатывать, так что они продолжают возвращаться.

Чтобы устранить триггеры для руминации, терапевт должен направлять пациента к тому, чтобы он пребывал в своем воспоминании, сохраняя его детали в течение достаточного периода времени, чтобы событие было адекватно обработано. Это способствует возникновению привыкания к расстраивающей эмоции аналогично использованию воздействия воображения при рассмотрении расстраивающих и травмирующих событий у пациентов с ПТСР. Это полностью соответствует принципу АКЭС, а также согласуется с рассмотрением функции руминации: одна (возможно, непреднамеренная) функция абстрактной руминации заключается в том, что она избегает деталей расстраивающего события и, таким образом, негативно подкрепляется за счет уменьшения острой негативной эмоции в краткосрочной перспективе. По сути, для таких расстраивающих воспоминаний мы занимаемся работой по экспозиции в воображении, которая включает тщательную и медленную работу с деталями расстройства в прошлом.

Пациента просят визуализировать, как возникла проблема, и вспомнить, что произошло, за один шаг: предпринятые действия; обстоятельства, связанные с событием, и ощущения, которые он испытал во время произошедшего. Визуализированные периоды необходимо репетировать неоднократно, как обычно делают для работы с экспозицией в воображении. Когда пациент вспоминает и фокусируется на воспоминании, мы хотим, чтобы он полностью пережил то, что произошло, сфокусировавшись на конкретных и специфических деталях события. Чтобы произошло привыкание к расстраивающему событию, пациент должен оставаться в моменте, когда происходило каждое расстраивающее событие, и полностью испытывать то, что произошло, достаточно долго, чтобы эмоциональное возбуждение начало падать. Поскольку часто возникает тенденция к переходу обратно в абстрактное мышление о воспоминаниях, а также к тому, чтобы быстро пробежаться в своих мыслях через них, терапевту, вероятно, придется продолжать побуждать пациента вернуться к чувственно-воспринимаемым деталям ситуации (например, «Что вы можете видеть?»; «Что он сделал дальше?»). Терапевт может также побудить пациента

замедлить процесс и воспроизводить воспоминания, как если бы показывали фильм в замедленном режиме, чтобы убедиться в том, что уделяется достаточно времени каждому воспоминанию, для обеспечения полной обработки, экспозиции и привыкания.

Одним из примеров обработки расстраивающих событий была пациентка, пережившая болезненный развод, в котором ее бывший муж все усложнял и был жестоким. Она сообщила много воспоминаний о событиях последних месяцев ее брака, таких как день, когда муж покинул семейный очаг. Эти воспоминания стали триггерами для приступов руминации. Ее руминация фокусировалась на том, почему произошел развод, что это значит для нее и что она сделала неправильно. Когда терапевт исследовала воспоминания и ее руминацию подробно, стало ясно, что, хоть интрузивные воспоминания часто возникали, она потратила всего несколько минут на детали каждого, прежде чем перейти к более общим руминациям о *том, что* произошло и что это значит. Определив это, она согласилась вместе с терапевтом поэкспериментировать и попытаться сделать что-то другое, а именно — потратить время, исследуя одно из этих воспоминаний, день, когда ее муж ушел, сфокусировавшись на деталях: где она была и что чувствовала, что он сделал и сказал и так далее. Терапевт запланировал более длительную сессию (два часа), чтобы увеличить вероятность того, что ее чувства начнут ослабевать по мере проведения экспозиции ситуации. Он также сделал аудиозапись сессии, чтобы пациентка могла ежедневно повторять экспозицию в качестве домашнего задания.

После недели практики с прослушиванием записи она вернулась и сообщила, что чувствует себя намного печальнее. Тем не менее, когда терапевт посмотрел на ее показатели депрессии, симптомы значительно уменьшились. Кроме того, уровень ее руминации серьезно снизился. Как оказалось, то, что она уделяла достаточно времени воспоминаниям о разводе, привело ее к нормальной реакции — чувству грусти из-за личной потери, в то время как снижение частоты возникновения руминации начало улучшать депрессивные симптомы. В ходе последующих сессий были проработаны и другие конкретные события. Пациентка также столкнулась с чувством гнева по отношению к бывшему мужу — за то, как он плохо с ней обращался. Руминации, возможно, помешали ей проработать основную эмоциональную реакцию на развод, такую как печаль и гнев; вместо этого она увязла во второстепенных реакциях, таких как самообвинение. Если бы руминация не была остановлена, вероятно, не удалось бы помочь ей эмоционально обработать расстраивающее событие и смириться с прошлым.

Глава 10. Изменение стиля обработки

Вовлеченность

Как описано в главе 9, пациенты в СРКПТ используют направляемое воображение для образного создания более полезного стиля мышления (например, конкретность), чтобы напрямую противодействовать руминации. Один из полезных вариантов воспоминаний — периоды времени, когда пациент полностью поглощен деятельностью. Это может быть «поточный» или «пиковый» опыт креативности, погружение в чувственный опыт или вовлеченность в интенсивную физическую активность, такую как скалолазание или катание на лыжах. Во время таких периодов вовлеченности пациент вряд ли будет руминировать. Кроме того, вовлеченный образ мышления, как правило, включает в себя конкретный, сфокусированный на процессе, ориентированный на действия стиль, и он ассоциируется с непосредственной связью с опытом и более активным вовлечением в деятельность.

Фокусировка на увеличении вовлеченности для уменьшения руминации основана на нескольких принципах.

Во-первых, руминация характеризуется высоким уровнем самосознания, самокритики, негативных оценок и концептуально-оценочного мышления. Часто руминация может восприниматься как наличие умственного «подстрочного комментария», который сравнивает и оценивает человека, его настроение и работоспособность. Поэтому быть полностью поглощенным задачей — хорошее противодействие руминации: когда кто-то полностью погружен в то, что делает, у него нет подстрочного комментария и он больше не оценивает себя.

Во-вторых, руминация часто характеризуется фокусировкой на результате, где человек оценивает, насколько хорошо у него идут дела (например, см. Dykman, 1998, для обсуждения ориентации на валидацию), и мотивация состоит в том, чтобы проверить результативность и избежать ошибок. Этой ориентации может быть противопоставлен сфокусированный на процессе образ мышления, когда люди заинтересованы в том, как что-то происходит, и мотивированы обучением и исследованием (ориентация на поиск роста, Dykman, 1998).

Например, при написании исследовательской статьи вы можете быть сфокусированным на результатах — на том, что вам нужно сделать, чтобы опубликовать ее, — или на процессе и быть заинтересованным в изучении идей, связанных с написанием статьи. Подход, сфокусированный на результатах, бывает полезен при определении того, что вам нужно сделать, чтобы

опубликовать статью, и при проверке того, насколько ваша работа соответствует этим критериям. Режим, сфокусированный на достижение конкретных результатов, является важным и необходимым. Тем не менее, если бы это был единственный способ, который вы использовали при написании статьи, это, вероятно, была бы очень тяжелая работа, похожая на рутинную работу по дому, и была бы связана с мыслями о том, что будет, если ее не примут. Режим, сфокусированный на процессе, был бы более креативным, более мотивированным и более интересным. Идеальная рабочая практика, вероятно, включает в себя здоровое переключение между двумя режимами.

Фокус на результате ассоциируется с концептуально-оценочным стилем обработки (задавать вопросы «почему», делать сравнения), типичным для того, что обнаруживается в руминации. Напротив, фокус на процессе связан с конкретным стилем мышления, который должен помочь людям вырваться из руминации. Исследование указывает, что ориентация на поиск роста обеспечивает большую устойчивость перед лицом трудностей, а также способность учиться на ошибках и погрешностях и преодолевать их, что приводит к увеличению результативности относительно сфокусированного на результате, направленного на поиск валидации подхода (Dykman, 1998). Поощрение вовлеченности в деятельность — мощный способ стимулирования сфокусированного на процессе подхода и перехода к более нацеленной на рост ориентации.

В-третьих, абстрактная руминация может отдалить людей от происходящего вокруг, от их окружения и возможной награды. Когда кто-то увяз в руминации, он попал в ловушку «головой», а не увяз «в окружающем мире». Предполагается, что из-за этого пациент становится менее чувствительным к тому, что происходит вокруг, и, вероятно, упускает важные сигналы и знаки, а также ему сложнее сделать выводы из событий (Watkins, 2013). Это может привести к трудностям с другими людьми и способствовать снижению способности испытывать удовольствие и вознаграждение, так как человек не в полной мере контактирует с возможной подкрепляющей деятельностью (Killingsworth & Gilbert, 2010).

Все усугубляется абстрактным мышлением, когда человек думает о том, что он делает, и оценивает это, вместо того чтобы непосредственно испытывать это. Таким образом, предполагается, что руминация может мешать способности испытывать удовольствие и вознаграждение, даже если заниматься позитивной деятельностью. Это, в частности, будет актуально в случае, если присутствует подстрочный комментарий поведения или деятельности.

Например, человек с депрессивным расстройством, который раньше наслаждался игрой на музыкальном инструменте, может пытаться увеличить эту активность, чтобы улучшить настроение, возможно, в рамках планирования активности во время когнитивной терапии, но даже когда он выполняет это домашнее задание, у него постоянно возникают оценочные мысли, такие как: «Почему это так сложно?»; «Почему я не могу делать это так же хорошо, как раньше?». Их появление во время выполнения действия затмит его привлекательность и заблокирует любую возможную выгоду. Поэтому я предполагаю, что руминация может способствовать ангедонии и снижению мотивации при депрессии. Это соответствует моему клиническому опыту, когда пациенты возвращались после выполнения заданий по планированию деятельности и сообщали: «Я составил план, но мне стало хуже». Недавнее крупномасштабное исследование на основе выборки опыта подтвердило эту гипотезу негативным блужданием сознания, связанным со снижением получения удовольствия от обычно приятной деятельности (Killingsworth & Gilbert, 2010).

При ближайшем рассмотрении мы часто обнаруживаем, что в этих обстоятельствах пациент руминирует во время занятия чем-либо, и это ухудшает его способность извлекать пользу. Поэтому переход к вовлеченному типу мышления и погружение в процесс осуществления деятельности, а не размышление о ней, предназначен для того, чтобы обойти руминацию и помочь пациентам получить позитивный опыт, извлечь выгоду из усиления деятельности. Раздаточный материал по соединению с опытом (Раздаточный материал 10 «Взаимодействие с жизнью через конкретность») предоставляет пациентам дополнительную информацию по данной теме.

Подход СРКПТ к увеличению вовлеченности двоякий. Во-первых, терапевт работает с пациентом, чтобы выявить воспоминания о тех периодах, когда он был вовлечен, и тренирует пациента в упражнениях с эмпирическим воображением, предназначенных для восстановления этого опыта и повторного задействования того же варианта набора мыслей, который способствует вовлеченности. Во-вторых, разрабатываются планы по увеличению активности в повседневной жизни, которая, вероятнее всего, будет способствовать вовлеченности и которая выведет пациента из абстрактно-оценочной обработки, характерной для бесполезной руминации. Эти вовлекающие активности выбираются на основе обзора прошлых воспоминаний о деятельности, в которую пациент был вовлечен, и информируются ФА о том, когда пациент с большей и меньшей вероятностью будет вовлечен.

Цель опыта вовлеченности состоит в том, чтобы пациент мог воссоздать опыт, связанный с погружением в выполнение задачи, в состоянии «потока» или «в пределах зоны», использовал его для прерывания руминации. Этого можно

достичь, помогая пациенту выявлять соответствующее воспоминание о вовлеченности, затем пересказывая воспоминания и побуждая пациента со всей наглядностью восстановить в воображении направление своей мысли во время этого воспоминания, воображая, что он вернулся в эту ситуацию. Чтобы сделать индукцию вовлеченного состояния мысли как можно более действенной, терапевт фокусируется на создании холистического эмпирического смещения, которое включает в себя воспоминания и образы мыслей, чувств, жестов, чувственного опыта, телесных ощущений, отношения, мотивации, выражения лица и чувств, вызванных действием.

Ключевые элементы в смещении стиля

Есть несколько ключевых шагов в оказании помощи пациентам, чтобы вернуть опыт вовлеченности. Наш опыт показывает, что для этого требуется определенный объем подготовки и социализации в идею использования воображения. Это часто срабатывает лучше, когда пациенты уже использовали релаксацию или воображение, что делает этот подход более привычным.

Во-первых, терапевт работает с пациентом, чтобы найти яркие воспоминания и образы пребывания в сфокусированном на процессе состоянии вовлеченности. Затем они подробно изучаются и анализируются для определения контекста и последовательности произошедшего. Эта информация помогает терапевту позже побудить пациента к тому, чтобы заново испытать опыт воспоминания.

Во-вторых, терапевт работает с пациентом, чтобы воссоздать психическое состояние полной вовлеченности, направляя его на то, чтобы снова представить себя в запомнившейся ситуации, с подсказками, основанными на рассмотренном воспоминании и инструкциях, чтобы адаптировать взгляд на ситуацию на местах в настоящее время. Эти подсказки должны развивать полный холистический опыт, направляя к чувственному опыту (например, «Как можно отчетливее увидите то, на что вы смотрите. Опишите, что вы можете видеть»); мотивации и отношению (например, «Сфокусируйтесь на своей мотивации для выполнения этой активности»); позе (например, «По мере того как вы становитесь более вовлеченным, обратите внимание на вашу позу релаксации и запомните, как вы держите тело»); физическим ощущениям (например, «Обратите внимание на ощущения в теле»); эмоциональным чувствам (например, «Испытайте и держитесь за свои чувства, позвольте им усиливаться»); мимике (например, «Обратите внимание на выражение лица, когда становитесь более вовлеченным»); призыву к действию (например, «Что бы вы хотели делать сейчас?») и вниманию (например, «Что вы замечаете? На чем фокусируете внимание? Что привлекает ваше внимание?»).

Воспроизведение опыта вовлеченности может быть использовано в нескольких случаях.

Во-первых, терапевт может использовать опыт, чтобы дать толчок к конкретному, сфокусированному на процессе направлению мышления, которое ассоциируется с тем, чтобы быть вовлеченным. Это может использоваться с целью продемонстрировать альтернативу руминации, например в рамках поведенческого эксперимента, или помочь пациентам привыкнуть к более полезному образу мышления. Терапевты могут использовать индукцию воспоминания о вовлеченности в качестве компенсаторной стратегии в «если..., то...»-плане на случай непредвиденных обстоятельств пациента, чтобы сместиться от руминативного режима. Когда пациент сталкивается с проблемой, воспоминание о той ситуации, когда он был вовлечен, может способствовать более конструктивному варианту набора мыслей, с помощью которого можно обратиться к реальной ситуации. Кроме того, изучение тех периодов, когда пациент был глубоко погружен в деятельность, может быть использовано в ФА для определения того, что способствует вовлеченности пациента, выявления полезных действий и составления будущих планов.

Применяя подход ФА, терапевт определяет периоды времени, когда у пациента был опыт вовлеченности. Полезные вопросы для выявления этих воспоминаний включают следующие:

Можете ли вы подумать о периодах, когда были вовлечены в процесс чего-либо?

Что происходит, когда вы участвуете в процессе выполнения чего-либо?

Опишите тот раз, когда вы были вовлечены во что-то, — расскажите мне, где это было, что вы делали, на что обращали внимание, как думали, что происходило в вашем теле, какое у вас было выражение лица, в каком положении вы держали тело.

Многие люди конкретны и сфокусированы на процессе, когда проявляют креативность, будь то придумывание новых идей или творчество. Поэтому полезно спросить, когда пациент почувствовал себя креативным, самобытным и открытым для новых идей. Точно так же конкретный, сфокусированный на процессе режим мог появиться, когда человек был сильно сфокусирован на деталях задачи, решении проблемы или использовании навыков, таких как работа руками. Люди также могут быть вовлеченными при выполнении физических действий, подобно тем, кто занимается спортом (например, раскачивание клюшки для гольфа или закидывание удочки). Это тот самый опыт,

который иногда называют пребыванием в «зоне». Хорошо усвоенные и часто -практикуемые рутинные действия при их умелом выполнении также могут способствовать тому же режиму. Важно отметить, что не существует конкретного вида деятельности, который более или менее вероятно вовлекает человека. То, какие виды деятельности вовлекают больше, будут индивидуальными и специфическими для каждого пациента.

Эти вопросы затем приводят к попыткам вернуть ориентацию на процессе, попросив пациента представить себе воспоминание о том, когда он был вовлечен в процесс. Например, терапевт говорит:

«Размышляя о прошлом, можете ли вы вспомнить периоды времени, когда были вовлечены в занятие? Настолько хорошо, насколько можете, воссоздайте воспоминание и переживите эту ситуацию заново. Посмотрите, на что вы смотрели в то время; воссоздайте то, как вы думали; понаблюдайте за тем, чем вы занимались. Настолько хорошо, насколько можете, воссоздайте и удерживайте ощущение быть вовлеченным в процесс [укажите рассмотренную активность]... Сфокусируйтесь на том, что вы можете видеть в этой ситуации; понаблюдайте, на что вы обращали внимание. Расскажите, что вы можете видеть и что делаете в этой ситуации».

Описание чувственного опыта и активности пациента затем используется терапевтом для дальнейшего подкрепления опыта. Пациенты часто описывают конкретные аспекты чувственного опыта (например, свет, цвета, формы, текстуры, ощущения), описывая эти ситуации. Перефокусируя и перенося внимание на данные элементы, терапевт направляет пациента дальше в режим обработки и активнее вовлекает его.

Так, один пациент вспомнил, что рисовал пейзаж 20 лет назад; он был полностью сфокусирован на форме и цвете красок, чувствовал, что улавливает суть происходящего. В данном случае воображение сфокусировано на чувственных и перцептивных деталях, относящихся к опыту, например:

«Представьте себе картину. Обратите внимание на детали цветов; посмотрите, как меняются краски, чтобы передать изменения в свете. Глядите на холмы так четко, как можете. Следите за рукой и пальцами, пока рисуете следующую деталь, — смотрите на четкие движения кисти на холсте. Обратите внимание, как вы решаете, что рисовать дальше. Наблюдайте за тем, на что вы обращаете внимание — фокус вашей концентрации. Опишите то, что видите. Почувствуйте, как выбираете каждое движение.

Сфокусируйтесь на чувстве сосредоточенности и вовлеченности в картину. Рисуя, ощутите, как чувство того, что вас захватила картина, становится сильнее. Почувствуйте себя более вовлеченным в то, что делаете, — по мере того, как ощущения становятся более яркими. Отмечайте свои чувства, которые испытываете, глядя на картину, над которой работаете».

Воспоминание о создании картины вызвало у пациента очень сильные чувства, переведя их из оценочного режима в эмпирический режим вовлеченности здесь и сейчас. Воспоминание также сместило его обратно в контекст, когда он чувствовал себя на высоте, сделало мышление конкретным и сфокусированным на том, как он что-то делает. Все эти изменения привели к снижению руминации и тому, что он почувствовал себя легче, свободнее и менее тревожным, а также к повышению мотивации заниматься художественным творчеством. Это был важный шаг, поскольку ранее он избегал рисования, так как всегда чувствовал, что есть другие дела, которые нужно сделать, даже несмотря на то, что рисование кажется расслабляющим и полезным. Затем терапевт посоветовал использовать образы этого воспоминания и других подобных воспоминаний в рамках «если.., то...»-плана всякий раз, когда пациент замечал предупреждающие знаки для руминации. Разобравшись в том, что он считал создание живописных картин и рисунков вовлекающими активностями, он разработал дальнейшие поведенческие планы по увеличению этой деятельности.

Второй шаг на пути оказания помощи пациентам по восстановлению опыта вовлеченности заключается в том, чтобы попросить их сравнить свой опыт при напоминании о том моменте, когда они были вовлечены в какую-то деятельность, с альтернативным воспоминанием о том, что они выполняют то же самое или аналогичное действие, но менее вовлечены в процесс, и им сложно сфокусироваться на действии. Пример, в котором пациент руминирует во время выполнения какой-то активности, — хорошее условие сравнения для ФА. Поведенческий эксперимент, сравнивающий две эти индукции воспоминания, тестирует и определяет, ощущает ли пациент различия между двумя режимами обработки (вовлеченный и не вовлеченный). Это упражнение аналогично поведенческому эксперименту «почему — как», описанному в главе 9. Пациенты часто сообщают, что, когда они обращаются к сфокусированным на процессе воспоминаниям, связанным с вовлеченностью, чувствуют себя более открытыми для нового, комфортнее, расслабленнее и ассертивнее; их сознание успокаивается, и они ощущают себя менее самокритичными. Сравнивая два режима эмпирически, терапевт может обозначить и объяснить разницу между фокусировкой на результате и на процессе, а также тем, чтобы быть вовлеченным и оторванным от опыта при руминации. После такого эксперимента

терапевт указывает, что два эти режима не сбалансированы у пациента и что терапия попытается восстановить баланс. Терапевт также резюмирует опыт использования пациентом этих двух режимов (то, что режим вовлеченности оказался более полезным).

Когда эмпирическое упражнение эффективно в ходе терапевтической сессии, следующий шаг — использование воспоминаний, связанных с вовлеченностью и воображением, для запуска режима обработки, поощряя пациентов репетировать представление этих ситуаций ежедневно, а также перед любой ситуацией, когда было бы хорошо попасть в режим вовлеченности. Кроме того, наблюдая за тем, когда режим вовлеченности встречается чаще, терапевт работает над изменением аспектов среды или внимания и поведения пациента, чтобы его стимулировать. Использование воображения с целью стимулировать вовлеченное направление мысли — важная стратегия для включения в эффективные планы на случай непредвиденных обстоятельств при руминации.

Поскольку вовлеченность обычно включает в себя обучение, рост, исследование или открытие, полезно попросить пациентов принять точки зрения, которые поддерживают эти ценности, например:

Старайтесь подходить к делу в духе открытий.

Как я могу рассмотреть эту ситуацию с исследовательской точки зрения?

Что можно сделать исследовательским способом?

Поток

Литература о состоянии «потока» (Csikszentmihalyi, 2002) содержит полезные научные и теоретические основы для выбора интервенций, направленных на вовлеченность. «Поток» описывается как глубокое и непринужденное участие в деятельности, которая происходит, когда люди полностью вовлечены и погружены в то, что они делают. Обычно это связано с улучшением настроения и производительности. Литература о «потоке» выявила ряд характеристик, которые могут увеличить вероятность входа в такое состояние, а также помогают определить, действительно ли пациент вовлечен. Эти указатели помогают терапевту определить, является ли выбранное воспоминание одним из тех, которые облегчают вовлеченность (Csikszentmihalyi, 2002).

Слияние действий и осознание

Для вовлеченного или «поточного» состояния происходит слияние действия и осознания. Человек одновременно действует, замечает последствия своих действий и соответствующим образом корректирует реакцию. Перцепция и действия тесно переплетаются. Например, скалолаз будет сфокусирован на том, чтобы нащупать следующую опору или захват, и его перцепции и действия будут слиты воедино. Это слияние приводит к быстрой и эффективной работе без каких-либо сомнений. Когда происходит слияние действий и осознания, субъективный опыт заключается в том, чтобы быть и делать, а не думать. В состоянии вовлеченности в поток нет внутреннего подстрочного комментария. Если вы спросите человека, который находится в потоке, о чем он думает, ему может быть трудно ответить, потому что вместо вербальных мыслей он, скорее всего, будет действовать непосредственно в рамках опыта. Это то, на что мы обращаем внимание, когда индуцируем такое состояние. Это также предполагает, что действия, которые имеют сильный чувственно-перцептивный или проприцептивный элемент, основанный на телесности, с большей вероятностью приведет к состоянию потока, чем концептуальная, абстрактная деятельность.

Вызовы уравниваются навыками

«Поток» возникает с большей вероятностью, когда существует баланс между вызовом и навыками. Легче погрузиться в задачу, если она не слишком проста и не слишком сложна. Слишком простые задачи будут скучными, выполняемыми без необходимости сосредоточения внимания. Слишком сложные задачи будут разочаровывать. Задача, скорее всего, будет способствовать вовлеченности, когда сопряжена с некоторым вызовом и напряжением для человека, но находится в пределах его досягаемости и возможностей. Хороший пример — игра в теннис с соперником, который, вероятно, немного лучше тебя, но которого можно обыграть. Баланс между трудностью и навыками важен при планировании упражнений и активностей по вовлеченности. Другой способ взглянуть на это — пациент должен почувствовать, что он может контролировать свою деятельность.

Фокусирование внимания на задаче

«Поток» характеризуется сфокусированным вниманием к выполняемой задаче. При проверке, вовлечен ли кто-то в воспоминание, терапевт уточняет, где пациент фокусирует внимание; это дает хорошую подсказку относительно того, была ли попытка индукции успешной. Когда пациент вовлечен, внимание фокусируется на соответствующих деталях для выполнения задачи. Это часто

внимание к чувственным и перцептивным деталям в мире, но это также может быть фокус на внутренних ощущениях, в зависимости от активности. Внимание обычно контро-лируемое и сфокусированное, а не перепрыгивающее между различными мишенями и темами. Волатильное и подвижное внимание типично для отвлеченного, менее вовлеченного состояния. Сфокусированное внимание в состоянии потока может быть узким, как фокус внимания на ключевых аспектах задачи, или экспансивным и широким, позволяющим человеку быть в курсе всего, что происходит вокруг него, но обычно оно стабильное, устойчивое и не нервное.

Побуждение человека сфокусировать внимание на соответствующих элементах задачи может облегчить состояние вовлеченности в поток. Например, чтобы увеличить вероятность возникновения состояния вовлеченности, переместите внимание пациента от него самого, особенно от суждений о себе, к внешнему миру и чувственно-воспринимаемым деталям того, что пациент выполняет (например, звук воспроизводимой музыки; ощущение покачивания ракетки и угол падения мяча). Аналогичным образом поощряйте пациентов к тому, чтобы они сохраняли внимание стабильным и сфокусированным, а не перемещали его постоянно. Например, индукция включает в себя следующие подсказки: «Ваше внимание сфокусировано на поставленной задаче; чем больше вы будете непосредственно следить за тем, что делаете, тем сильнее будете вовлечены и связаны с происходящим».

Фокус на текущем моменте

Состояние вовлеченности в «поток» характеризуется тем, что человек находится в текущем моменте, здесь и сейчас. Это напрямую связано с узким фокусом внимания. Мы хотим, чтобы пациенты присутствовали здесь и сейчас, когда воображают свой опыт вовлеченности в прошлом или пробуют увлекающее их занятие, не фокусируясь на том, что произошло в прошлом или может произойти в будущем. Цель состоит в том, чтобы пациент, вспоминая опыт вовлеченности в прошлом, имел опыт возвращения в ситуацию, как будто она происходит прямо сейчас. Терапевт предлагает облегчить индукцию этого узкого временного состояния фокуса и проверяет, было ли оно индуцировано. Если пациентка оглядывается на него, как на воспоминание в прошлом, она может затем сравнить с текущей ситуацией, что приведет к бесполезным контрастам и расхождениям (например, «Почему я больше не могу этого делать?»). Инструкции для пациентов подчеркивают этот узкий временной фокус (например, «Ваше внимание сфокусировано на текущем, настоящем моменте, на том, что происходит в данный момент, а не на прошлом и -будущем»).

Действие имеет цели и правила, предлагает немедленную обратную связь

Состояние вовлеченности в поток включает четкие цели и правила и немедленную обратную связь. Это критическое начальное условие при выборе потенциально вовлекающих упражнений или действий. Чтобы быть вовлеченным в деятельность, ее надо структурировать так, чтобы последствия действий пациента -могли немедленно восприниматься и оцениваться в соответствии с целями или правилами деятельности. Эти цели и правила не должны быть явными или формальными, как в спорте и играх. Скорее, они отражают неявные свойства задач. Например, играя на гитаре, вы сразу слышите воспроизводимые ноты и знаете, радует ли издаваемый звук или нет. Таким образом, существует эстетическое правило относительно того, какие звуки приятны, даже если оно не является явным или формальным. Точно так же в случае с рисованием у вас есть ощущение, что кисть создает эффект, к которому вы стремитесь, то есть захватываете нужную цель или выполняете правило. Тесная комбинация целей, правил и немедленной обратной связи — основная для того, чтобы слияние действий и осознания, связь между средой и деятельностью имели центральное значение для входящего «потока». Это можно объяснить пациентам следующим образом:

«Выбранное действие должно иметь четкие цели, правила и немедленную обратную связь. Легче быть вовлеченным, -когда вы знаете, что пытаетесь сделать, и для каждого действия, которое предпринимаете, есть непосредственная и адресная реакция — например, играя на музыкальном инструменте, вы немедленно слышите, какая нота сыграна; при рисовании можно сразу увидеть эффект кисти на холсте».

Недостаток самосознания

Состояния вовлеченности и «потока» характеризуются потерей самосознания — человек уже не осознает себя, не сфокусирован на себе и не имеет внутреннего подстрочного комментария о себе. Это ключевой признак того, что вовлеченность достигнута. Это также указывает на то, почему вовлеченность является состоянием, которое действует вопреки руминации. Человек может осознавать себя с точки зрения чувственного опыта и телесных ощущений, но не с точки зрения оценки себя. Когда пациент сообщает о том, что он не осознает себя во время упражнения на вовлеченность, это хороший показатель того, что упражнение прошло успешно.

Изменившееся ощущение времени

Другой характеристикой состояния «потока» является изменившееся ощущение времени. Когда люди вовлечены в какую-либо деятельность, они часто сообщают, что субъективное чувство времени ускоряется или замедляется. У всех нас был опыт погружения в то, что мы делаем, когда время пролетело без нашего осознания. Люди также иногда сообщают о том, что время замедлилось. Люди, занимающиеся спортом, сообщают, что находятся в зоне, где они видят мяч, как будто в замедленном движении. Эти изменения в субъективном временном ощущении предположительно отражают количество внимания, уделяемого задаче, относительно внутренних часов. Спрашивать пациентов об их ощущении времени — еще один хороший способ проверить, были ли они вовлечены в какую-либо деятельность. Повышенное внимание к времени и срокам может помешать вовлеченности. Когда люди спешат и испытывают на себе давление времени, им часто труднее погрузиться в то, что они делают. Наблюдение за часами и чувствительность к течению времени, кажется, мешают полному погружению в задачу.

Связь со средой

Состояние «потока» предусматривает соединение со средой таким способом, который непосредственно направляет поведение (пересекается с принципом немедленной обратной связи, описанным выше). Вовлеченный человек не концептуально анализирует ситуацию и не определяет, что делать, а скорее непосредственно реагирует на свой чувственно-воспринимаемый опыт. Вовлеченность возникает более вероятно, когда внимание уделяется соответствующим аспектам среды, которые могут направлять активность, выбранную в качестве мишени, например, при скалолазании важным аспектом окружающей человека среды будут потенциальные опоры для ног и опоры для рук в скале. Направление внимания пациента может помочь вызвать состояние вовлеченности, а оценка внимания может указывать на то, была ли индуцирована вовлеченность.

Факторы среды также могут способствовать или препятствовать состоянию вовлеченности. Когда окружающая пациента среда способствует данной деятельности, вовлеченность будет происходить легче (например, писать, сидя в тихом кабинете). Напротив, если писать посреди шумного и оживленного дома, это будет способствовать меньшей вовлеченности. Нежелательные отвлечения или ненужная стимуляция не направляют деятельность. Внутренние состояния тоже являются аспектом среды с потенциалом для ухудшения вовлеченности (например, текущие заботы и связанные с ними мысли о других проблемах).

Характер деятельности

Характер выбранных действий влияет на вероятность перехода в состояние потока. Деятельность, которая по своей сути вознаграждаемая и ценится как самоцель (то есть автотелическая), больше способствует вовлеченности, чем внешне вознаграждаемая деятельность, осуществляемая только как средство достижения цели. Конечно, важно признать, что будут большие индивидуально-специфические различия в том, какие задачи и действия пациенты находят по своей сути вознаграждаемыми. Именно здесь ФА имеет важное значение, поскольку функция деятельности, а не ее форма, имеет решающее значение: в зависимости от функции и контекста, деятельность может быть по сути вознаграждаемой в одних обстоятельствах, но не в других, в то время как два разных вида деятельности могут иметь одну и ту же функцию — быть по сути вознаграждаемыми. Например, чтение монографии по терапии может быть вовлекающим, когда за него берутся по собственному желанию из любопытства, чтобы узнать что-то новое (внутреннее вознаграждение), и менее вовлекающим — если его задали в качестве домашнего задания, которое нужно выполнить в сжатые сроки, чтобы пройти курс для формальной аккредитации (внешнее вознаграждение). Часто пациенты в состоянии «потока» могут делать что-то из любопытства, стремясь увидеть, что происходит, или что-то узнать и улучшить.

Важно учитывать функцию деятельности, прежде чем использовать ее либо в качестве фокуса упражнений на психическую вовлеченность, либо в планировании деятельности. Например, одна из моих пациенток сообщила о воспоминании о вязании как о потенциальном примере того, когда она была поглощена. На первый взгляд, это кажется убедительным примером вовлеченности, так как вязание может включать в себя непосредственную чувственную фокусировку на настоящем моменте и быть по своей сути вознаграждаемым. Однако, когда мы обсудили воспоминание, чтобы проверить его, прежде чем перейти к собственно упражнениям на воображение, мы обнаружили, что во время вязания пациентка была сфокусирована на конечной цели вязания — сделать свитер для своего внука, — а не на процессе самой деятельности. Это говорит о том, что вязание, возможно, не является хорошим выбором для вовлекающей деятельности.

Вот пример того, как проиллюстрировать этот момент пациенту:

«Деятельность должна быть вознаграждающей сама по себе. То, что вы делаете, ценится потому, что процесс интересен, а не из-за того, чего вы можете достичь, делая это. Например, играя в какую-либо спортивную игру, вы можете чувствовать себя хорошо, находясь в процессе игры, — благодаря

ощущению в вашем теле, независимо от того, выигрываете вы или проигрываете».

В связи с этим для деятельности важна мотивация. Когда целями являются открытие, обучение, рост, любопытство и игривость, состояния потока более вероятны, чем если бы целями были доведения действия до конца или управление ситуацией. Когда мотивация заключается в развитии собственного потенциала, появляется больше шансов на вовлеченность. Функция одерживает победу над формой: та же деятельность может быть выполнена с различными мотивациями и целями в разное время, и это влияет на вовлеченность. То, как человек подходит к задаче, будет влиять на вероятность того, что он будет вовлечен.

Деятельность также с большей вероятностью вовлекает человека, если каким-то образом отражает его ценности и то, что для него важно и значимо. Например, прогулки по сельской местности, скорее всего, привлекут того, кто ценит животный и растительный мир. Обучение игре на музыкальном инструменте, вероятно, будет вовлекать тех, кто ценит обучение. Общие личные ценности включают наращивание связи с другими людьми и с природой, честность, доброту, тепло, рост, обучение, игривость, проживание жизни во всей полноте, поиск ощущений и любопытство. Действия, воплощающие эти ценности, с большей вероятностью будут вовлекать людей, которые их разделяют. Поэтому при выборе упражнений на вовлеченность важно проверить, отражают ли предлагаемые воспоминания важные личные ценности для пациента. Кроме того, литература по теме «потока» могла бы предположить, что пациент с большей вероятностью будет вовлечен в деятельность, когда ему рекомендуется сфокусироваться на тех аспектах задачи, которые отражают его ценности (например, при разговоре с другом подчеркивать, как соотносится с его ценностями быть связанным с другими людьми, или, когда практикуется навык, фокусироваться на том, что он может узнать и как он может расти). Точно так же, когда деятельность оказывается вовлекающей, она отражает важные личные ценности человека, которые могут служить основой для дальнейшего планирования.

Представление обоснования упражнений на вовлеченность

Вот пример скрипта, демонстрирующего, как представить упражнения на вовлеченность. В нем рассказывается о том, как они могут быть полезными и в чем заключаются. Те же соображения приведены в Раздаточном материале 10 «Взаимодействие с жизнью через конкретность».

«Депрессия часто мешает людям полностью соприкоснуться с опытом и включиться в жизнь. Вы можете делать то, что вам раньше нравилось, но ничего не чувствовать или чувствовать себя разобщенным. Вы можете разговаривать с другом или играть с детьми, но ничего не чувствовать. Вы там, но вас там нет; вы не в полной мере присутствуете или соединяетесь с опытом.

Потратьте несколько минут на размышления о тех случаях, когда вы полностью там не присутствуете. Это могут быть моменты, когда вы чувствуете себя немного оцепеневшим, растерянным, отстраненным или выполняющим какие-то движения. Вы можете определить такие моменты?

Отсутствие связи с опытом может способствовать депрессии двумя основными способами. Во-первых, вы не получаете вознаграждение от того, что делаете что-то приятное. Можете сделать то, что обычно являлось вознаграждаемым, но это не заставляет вас чувствовать себя лучше. Таким образом, что бы вы ни делали, ваше настроение не улучшится. Во-вторых, если вы не связаны с опытом, вы не можете заметить, что происходит вокруг вас, заметить изменения или сделать выводы из успеха и неудачи. Вы, скорее всего, будете повторять одни и те же ошибки снова и снова, так как нет шансов осознать, что вы могли бы сделать по-другому.

Как руминация, так и сверхобобщение способствуют тому, что нет возможности напрямую соединиться с опытом. Когда люди руминируют, их разум полон мыслей, которые крутятся вокруг их проблем, и они на самом деле не обращают внимания на то, что они делают. Подобным образом, когда люди делают поспешные выводы из события и думают о том, что это может означать для их будущего и самих себя (сверхобобщение), они уходят от непосредственного опыта происходящего в абстрактные мысли об опыте. Таким образом, слишком много абстрактного мышления может помешать вам соединиться с опытом и помешать вам получить выгоду от прямого соединения с окружающим вас миром.

Мы также можем потерять связь с непосредственным опытом, потому что стараемся избегать мыслей об огорчающих или эмоциональных событиях либо избегать неприятных чувств, новых вызовов или рисков. Пытаясь избежать угрозы или возможных неудач, мы часто сокращаем активность. Это также приводит к уменьшению позитивного опыта. Избегание может увеличиться, пока не будет очень мало занятий, где у вас есть шанс почувствовать себя живым или наполненным, что еще больше подогревает депрессивное настроение. Избегание может ограничить вашу жизнь. Чтобы

уменьшить депрессию, вам нужно открыться своим возможностям и попробовать захватывающие и полезные занятия.

Способ восстановить связь с опытом — обратить внимание на то, что вы делаете, и на окружающий мир. Сфокусируйтесь на деятельности, которая вам интересна и в которую вы можете полностью вовлечься и погрузиться. Это можно сделать с помощью психических упражнений, которые воссоздают опыт вовлечения в деятельность. Вы также можете восстановить связь с опытом, намеренно увеличивая количество видов деятельности, которые вы находите интересными и вовлекающими. Мы часто обнаруживаем, что, находясь в депрессии, люди бросают воодушевляющие и вовлекающие их занятия, продолжая выполнять домашние дела и обязанности. Вы можете в конечном итоге производить все скучные действия, которые находите утомительными и истощающими, но не заниматься ни одним из интересных и веселых дел, которые заставят вас чувствовать себя лучше и придадут больше энергии. Важно найти правильный баланс между делами и позитивной деятельностью, потому что первые разряжают ваши «батареи», а вторые — заряжают. Если вы выполняете слишком много работы по дому и не делаете ничего, что приносит радость и веселье, то вы истощите себя.

Мы ищем такие виды опыта, в которых чувствуем себя полностью вовлеченными, погруженными в процесс или захваченными им и деталями того, что делаем; где теряется чувство себя и времени и появляется чувство полной сфокусированности на настоящем моменте. Такой опыт вовлеченности иногда описывается как опыт потока или опыт пика. Люди, которые играют в спортивные игры, говорят о том, что они пребывают в зоне. Независимо от того, создается ли такой опыт с помощью психических упражнений или фактическим участием в деятельности, он является сильным противоядием руминации, сверхобобщению и инертности и действует как мощный антидепрессант.

Разные люди находят вовлекающими разные занятия. Вовлекающая деятельность может включать в себя выполнение чего-то творческого, музыкального или художественного, фокусирование внимания на естественном мире, занятия танцами, спортом, сильные физические нагрузки или участие в мероприятиях, которые включают интеллектуальную стимуляцию и обучение. Конкретные примеры включают в себя поиск новых ощущений, занятия с высоким уровнем адреналина, такие как скалолазание, подводное плавание, катание на лошадях, серфинг или скайдайвинг, где вы полностью сфокусированы на опыте того, что делаете, например на том, куда дальше опустить руки при скалолазании. Или вовлекающая деятельность может быть творческой, такой как живопись, где вы сфокусированы на

распределении светлых и темных тонов, на цвете и текстуре и на том, где дальше сделать мазок кистью.

Нет правильного или неправильного способа вовлечься во что-либо. Попробуйте подумать о тех периодах, когда вы были полностью поглощены деятельностью. Вы можете использовать эти воспоминания для психических упражнений, в которых вы можете представить себе одну ситуацию, где вы вовлечены в процесс так ярко и конкретно, как вы только можете. Вы можете представить, что находитесь там прямо сейчас, глядя на сцену своими глазами, испытывая ощущения пребывания в вашем собственном теле, используя все ваши чувства, чтобы полностью осознать ваш опыт в данный момент. Вы можете использовать эти упражнения, чтобы войти в состояние, более непосредственно связанное с опытом, и как средство для полного переживания того, что вы делаете. Потренируйте упражнение на вовлеченность, чтобы войти в нужное психическое состояние перед тем, как начнете что-то делать. Это может увеличить ваши шансы на то, чтобы начать делать что-то и получать больше удовольствия от того, что вы делаете».

Упражнение на вовлеченность для информирования ФА

Примеры, которые пациенты приводят для упражнения на вовлеченность, дают полезную информацию. Терапевт должен уточнить у пациента, сколько действий, которые раньше его увлекали, он перестал выполнять или выполняет реже. Также стоит спросить, какими занятиями он хотел бы заниматься чаще. Далее это может привести к планированию активности для наращивания вовлекающей деятельности как средства улучшения настроения и в качестве антируминативной стратегии.

Проведение ФА помогает определить поведенческие факторы и факторы среды, которые усиливают или препятствуют вовлеченности. Сравните моменты, когда пациент был вовлечен в какую-либо деятельность, с теми моментами, когда та же деятельность не была вовлекающей. Факторы, влияющие на вовлеченность, легко отражают характеристики, отмеченные выше при обсуждении состояния «потока». Однако они будут отличаться в зависимости от личности и могут включать в себя поведение пациента (например, психическое состояние, состояние напряжения, фокус внимания, цели) и аспекты окружающей его среды (предшествующие события, количество отвлекающих факторов, количество свободного времени и пространства). Определение этих влияний будет способствовать вовлеченности. Подготовка перед началом какой-либо деятельности может облегчить вовлеченность пациента и увеличить вероятность того, что он получит максимальную пользу от ее выполнения.

Что касается когнитивных интервенций, таких как диспутирование мыслей, желаемое психическое состояние не будет каждый раз успешно индуцироваться в полной мере. Тем не менее должна быть возможность переключить пациентов в сфокусированный на процессе и ориентированный на вовлеченность подход к событиям, что, в свою очередь, увеличит вероятность того, что пациент испытает состояние потока. Этот подход вероятностный: хотя не всегда возможно напрямую индуцировать поток, цель состоит в том, чтобы увеличить вероятность участия пациента в нем, создавая правильные условия, так что со временем накапливается польза от более частого опыта вовлеченности.

Проблемы с вовлеченностью

Общая проблема, которая была поднята, когда я проводил семинары по СРКПТ, заключается в том, что пациентам с депрессивным расстройством или другими эмоциональными расстройствами будет трудно идентифицировать воспоминания о состоянии вовлеченности. Основываясь на моем опыте в клинических исследованиях и клинической практике, это сделать зачастую менее сложно, чем ожидается: большинство пациентов способны идентифицировать одно или несколько воспоминаний о состоянии вовлеченности. Литература о состоянии «потока» свидетельствует о том, что такой опыт универсален и что почти у всех людей он есть.

Пациентов спрашивают о периодах времени, когда они были погружены в задачу с фокусировкой на поведении, а не на том, чтобы чувствовать себя хорошо или быть счастливыми. Это, видимо, обходит негативные схемы и конгруэнтные настроению погрешности, которые затрудняют воспоминания о позитивном опыте для пациентов с депрессией. Пациенты, у которых прослеживаются четкие и отличительные периоды депрессии по сравнению с периодами ремиссии, как правило, могут вспомнить периоды вовлеченности. Пациентам с продолжительными эпизодами депрессивного расстройства в анамнезе, в том числе с явлениями дистимии, которые не могут сообщить о каком-либо самоощущении без депрессии, это может быть сложнее.

Столкнувшись с трудностями в получении подходящего воспоминания о состоянии вовлеченности, решение (как это часто бывает!) состоит в том, чтобы следовать принципу АКЭС. Прежде чем переходить к опыту вовлеченности, полезно попрактиковаться в использовании воображения и релаксации, чтобы воспоминания об опыте были более яркими и более доступными. Терапевт задает более конкретные вопросы, освещающие деятельность или периоды в жизни пациента, которые, как предполагалось ранее, могут включать более полезную обработку. Кроме того, терапевту может быть полезно

операционализировать «вовлеченный» опыт в больших деталях в отношении принципов потока и использовать их в качестве специфических подсказок для выявления и усиления потенциального воспоминания. Например, терапевт спрашивает, был ли у пациента опыт, когда он терял самосознание или его ощущение времени менялось.

Более серьезный вопрос касается того, полезно ли воображение воспоминания о вовлеченности или нет. Вспоминая прошлую позитивную ситуацию, пациент может погрузиться в опыт этого воспоминания, заново переживая некоторые эмоции и психическое состояние, связанные с ней, адаптивным образом и тем самым извлекая пользу. И наоборот, он может вместо этого оценивать свое текущее состояние и сравнивать его с воспоминанием, и, вероятно, может почувствовать себя гораздо хуже. Воспоминание о времени, когда все шло хорошо, не пребывая «в опыте», может привести к негативным контрастам и сравнениям типа «Почему я больше не могу этого делать?»; «Почему сейчас все так сложно?»; «Я сейчас хуже, чем тогда». И так далее. -Поэтому крайне важно оптимизировать шансы на то, что упражнения на вовлеченность приведут к погружению, а не к сравнению. Акцент на всех аспектах холистического опыта имеет центральное значение для этого, как и повторяющееся терапевтом стимулирование к состоянию потока, как подробно описано выше. По этой причине я рекомендую терапевтам рассмотреть возможное -воспоминание с пациентом довольно подробно, прежде чем пытаться выполнить упражнение на воображение, чтобы подтвердить, что оно является подходящим воспоминанием для вовлеченности, и собрать сведения для того, чтобы побудить пациента к контакту с чувственно-воспринимаемым опытом. Аналогичным образом терапевты должны тщательно сверяться с критериями состояния потока, чтобы увидеть, было упражнение успешным или нет.

На основе принципа шести Е (исследовать опыт, экспериментировать с опытом, упражняться и взаимодействовать; см. главу 9) я не поощряю пациента использовать упражнение на вовлеченность вне сессии, пока не станет ясно, что он погружен в опыт и не сравнивает воспоминание с ее текущим состоянием. Если поведенческий эксперимент на сессии привел к сравнительному опыту, мы затем смотрим на природу поступающих сравнительных мыслей и на то, что стало их триггерами (АВС-анализ), чтобы определить способы обойти это в будущей попытке. Мы бы также стали искать еще одно воспоминание о -состоянии -вовлеченности, которая может быть более эффективной.

Другая потенциальная проблема с упражнениями на вовлеченность заключается в том, что выбранная активность может не служить адаптивной функции, например, это может быть форма отвлечения внимания или избегания.

Поэтому важно иметь в виду функцию запланированного поведения и связать его с ФА. Цель вовлеченной деятельности состоит в том, чтобы связать пациента с альтернативным направлением мыслей, которое расходится с руминацией, что облегчает эффективную обработку ситуации и решение проблем и позволяет тесно и напрямую взаимодействовать с миром, особенно с его потенциальными вознаграждениями и непредвиденными обстоятельствами. -Таким образом, функция вовлеченности заключается в сближении человека с миром и с его непосредственным опытом. Это не является временным облегчением через мечтание, отвлечение или избегание мыслей о реальных трудностях.

Как и предполагалось в СРКПТ, упражнения и активности на вовлеченность включают: налаживание контактов с миром и создание ресурсов для пациента, будь то практические (например, улучшить навыки сочинительства, рисования) или эмоциональные (например, ощущение спокойствия и большей энергии для решения проблемы). Поскольку любое поведение может представлять собой конструктивное взаимодействие или избегание, невозможно заранее указать, какое поведение должно быть разрешено или запрещено; требуется ФА поведения. Поведение и воспоминания, которые отражают принципы потока, с большей вероятностью будут конструктивными и с меньшей вероятностью будут связаны с избеганием и отвлечением. Например, когда действие выполняется, чтобы избежать неприятного и нежелательного состояния, его мотивация является внешней, а не внутренней. Тем не менее учет функции важен при планировании работы по вовлеченности с пациентами.

Некоторые пациенты с депрессией занимаются познавательной деятельностью, чтобы отвлечься от своих проблем (например, головоломки, кроссворды). Такие виды деятельности могут вовлекать и порождать поток при правильном сочетании процессов и аспектов (например, человеку нравится игра в слова, и он решает головоломку для собственного удовольствия и улучшения лексики), но терапевт должен сначала изучить и проверить это. Посмотрите на antecedentes и следствия недавнего периода, когда пациент решал кроссворды и головоломки, а также на его опыт во время решения последних. Это прояснит функцию с поведением.

Мы также хотим посмотреть на деятельность, которая, как правило, создает ресурсы, навыки и компетентность с течением времени: деятельность, которая оставляет пациентов в том же состоянии, в котором они находились, когда они начали, с меньшей вероятностью будет полезной. По той же причине более активные по отношению к пассивным занятия поощряются в качестве вовлекающих действий. Пациент должен быть активным и энергичным агентом в деятельности, а не просто пассивным реципиентом. Поощряется деятельность, где пациент взаимодействует с миром и другими людьми и что-то создает.

Просмотр телевизора или чтение книги вряд ли будут способствовать вовлечению. Конечно, здесь нет безусловных правил, и важно тщательно изучать функции для отдельных людей. При некоторых обстоятельствах чтение книги может быть активным и трудоемким занятием, в котором читатель создает образы и идеи из слов на странице и тщательно разбирает значения и аллюзии в тексте. В этом контексте чтение может быть конструктивно вовлекающим. Однако, когда человек захвачен тем, что перелистывает страницы жанрового триллера, это может быть просто отвлечением. Аналогичный анализ может выполняться для прослушивания музыки или просмотра телевизора.

Все более распространенный пример, который приводят другие терапевты и я, — компьютерные игры. Компьютерные и видеоигры разработаны так, чтобы быть увлекательными и вовлекающими, и спроектированы таким образом, чтобы соответствовать ряду критериев «потока», например балансировке при выполнении сложной задачи и возможностей (по мере того, как игрок движется по уровням сложности), что требует непосредственной фокусировки на сиюсекундной задаче, обеспечивающей немедленную обратную связь и наличие четких целей и правил. Тем не менее игры могут не соответствовать критериям внутренних ценностей и личностного роста. Опять же, ФА необходим, чтобы определить, полезна ли игра для каждого отдельного пациента. Для одного (или в одном случае) она может быть формой отвлечения внимания и избегания, в то время как у другого способствовать развитию личных навыков и ресурсов.

Помните: упражнение на вовлеченность используется, чтобы извлечь обрабатывающий образ мышления с высокой степенью конкретности и вовлеченности, который затем может быть применен к текущей реальной ситуации пациента. Создание вовлеченного образа мышления не является конечной целью процесса. Цель состоит в том, чтобы психически подготовить пациентов решать их текущие проблемы с помощью такого образа мышления. Например, упражнение на психическую вовлеченность может быть включено в «если..., то...»-план следующим образом: пациентка идентифицирует триггер к руминации (например, увеличение напряжения в плечах) при ожидании трудного разговора. Затем она фокусируется на вовлекающем воспоминании, чтобы прервать начало руминации и вызвать более открытый, энергичный и конкретный режим обработки, чтобы более продуктивно участвовать в этом разговоре.

Пример диалога, который представляет понятие вовлеченности и выявление воспоминания о состоянии вовлеченности

Следующий диалог продолжает терапию Эмили, которая была представлена в главе 7. Успешно определив для нее понятие изменения среды и практику

конкретного мышления, теперь терапевт рассматривает вовлеченность как интервенцию.

Терапевт: До сих пор вы практиковали способ выхода из руминации, рассматривая то, как можете делать что-либо, задавая себе полезные «как»-вопросы, а не «почему»-вопросы. Другой способ выйти из руминации — сфокусироваться на противоположном опыте, на тех периодах, когда вы делали то, на чем вы действительно сфокусированы, во что вы были вовлечены в течение минут и часов. В этом опыте вы полностью сфокусированы, поглощены, втянуты в то, что делаете, находитесь один на один с этим, не обеспокоены мыслями и у вас нет подстрочного комментария о том, что вы делаете. Когда вы погружены в то, что делаете таким образом, руминировать становится невозможно. Можете ли вы припомнить какие-либо недавние примеры деятельности, при выполнении которой у вас был такой опыт вовлеченности?

Эмили: Да, вчера, когда я играла на пианино.

Терапевт: Отлично. Опишите подробно, что вы делали и где были.

Эмили: Я сидела в нашей гостиной у маленького пианино и решила попробовать снова поиграть на нем. Я начала думать о старом музыкальном произведении, которое знала, и какие клавиши надо нажимать, чтобы извлечь нужные ноты. Затем я подумала о сочетании разных нот и звуков, перебирала аккорды на пианино и представляла, как я могу создавать разные комбинации звуков.

Терапевт: Может быть, полезно заново создать и вообразить, настолько ярко, насколько вы можете, эту ситуацию, смотреть на эту ситуацию, как если бы вы находились там прямо сейчас, смотреть своими глазами, как вы фокусируетесь на пианино. Обратите внимание, где вы находитесь, какие цвета и формы вы видите. Представьте четкую картину сцены прямо перед собой. Что находится сейчас перед вами? Что вы видите?

Эмили: Черные и белые клавиши пианино, а за ним — полка с книгами и цветочным горшком на ней.

Терапевт: Что вы замечаете, на что обращаете внимание?

Эмили: Я пытаюсь найти структурную гармонию, но также играю с нотами, смотрю, как они сочетаются, чтобы создать приятный звук.

Терапевт: Обратите внимание на любые ощущения в вашем теле или мышцах; на любые чувства и эмоции, которые вы испытываете, когда полностью сфокусированы и вовлечены в игру на пианино. Отметьте, на что вы обращаете внимание.

Эмили: Я обращаю внимание на движение пальцев по клавишам и структуру звука, мелодию, которую я слышу.

Терапевт: Представьте, что вы провели в этой ситуации несколько секунд, фокусируясь на том, что перед вами, замечая, какую структуру вы видите и слышите, на звуках, которые слышите, и ощущении ваших рук на клавишах пианино. По мере того как эта сцена становится более яркой, повторно испытайте то, что приходило вам в голову. Что вы осознаете?

Эмили: Я фокусируюсь на последовательности и гармонии мелодии, когда смотрю на клавиатуру и слышу вариации мелодии, которой мне не хватает. Я продолжаю видеть интересные и неожиданные сочетания, которые вызывают новые мысли о мелодии.

Терапевт: Как себя чувствуете?

Эмили: Вовлеченной, заинтересованной, исследующей, а также чувствую себя полезной.

Терапевт: Что-нибудь еще?

Эмили: Чувство того, что я могу это сделать, это интересно, из этого может получиться много всего.

Терапевт: Какое у вас настроение?

Эмили: Позитивное, я более уверенная, с богатым воображением в хорошем смысле.

Терапевт: Хорошо, давайте отступим от этой воображаемой ситуации и вернемся в терапевтическую комнату. Это изменило то, что вы чувствуете прямо здесь и сейчас?

Эмили: Да, я чувствую себя более способной, у меня будто открылось второе дыхание к тому, чтобы заниматься искусством и наукой.

Терапевт: Как ситуация, которую вы только что пережили заново, отличалась от тех периодов, когда вы руминируете и останавливаетесь в своих размышлениях на трудностях?

Эмили: Я что-то делала физически, это было не обо мне, это было о создании чего-то и теориях, более творческих.

Терапевт: Что было самым важным, когда вы фокусировались на извлечении звуков и мелодии на пианино?

Эмили: Не столько то, чтобы сделать это правильно, сколько то, что из этого выйдет. Я хотела продолжать это делать, и мне было любопытно, что я увижу.

Терапевт: Похоже, это может быть интересным отличием от того, когда вы руминируете о проблемах и за цикливайтесь на них: здесь ваш фокус не столько на том, чтобы сделать все правильно и беспокоиться о результате, как происходит во время руминации, а больше на том, чтобы исследовать, наблюдать за процессом и играть с идеями. Все верно?

Эмили: Да.

Терапевт: Часто ли такое случается?

Эмили: Не так часто сейчас. Я могу припомнить другие ситуации, подобно этой, в далеком прошлом. Например, больше повседневных задач, в которые я могу быть вовлечена, как, например, садоводство. Фокус был противоположен тому, что я делаю в руминации, — я задействую другие части своего сознания, фокусируюсь на чем-то внешнем, а не на внутреннем.

Терапевт: Есть ли что-то отличительное в том, что вы делали, когда были более вовлечены?

Эмили: Я сфокусирована на чувственных деталях того, что делаю, а не на том, что чувствую.

Терапевт: Как вы думаете, можно ли практиковать переживание и повторение этого более уверенного, исследовательского, творческого образа мышления, когда вы замечаете ранний предупреждающий знак для руминации, например, когда ваши мысли начинали затуманиваться? Как вы думаете, что произойдет?

Эмили: Речь идет о том, чтобы вернуть мое сознание назад, в ту зону, и выйти из колеи, которая ведет к руминации.

Терапевт (*после подведения итогов сессии*): Что вышло из того, что мы сегодня пробовали?

Эмили: Я продвинулась дальше, это было интереснее всего. Речь шла о том, чтобы больше использовать мой мозг. Это определенно подняло мое настроение прямо сейчас.

Взгляд терапевта: ключевые пункты и размышления с Эмили

Приведенный выше диалог дает представление о том, как терапевт работает с Эмили, чтобы индуцировать состояние вовлеченности, и какую пользу она извлекает из этого состояния. Данный пример показывает, как определяется подходящее воспоминание и как терапевт побуждает к воображаемому повторному переживанию воспоминания. Вы можете видеть, что направление фокуса внимания является важной частью процесса вовлеченности. Полученные у Эмили ответы свидетельствуют об открытом, творческом, чувственно-перцептивном стиле мышления, что типично для более вовлеченного опыта. Это хороший знак, когда пациенты дают подробные описания того, что они могут видеть, слышать и трогать, а также говорить о более творческих реакциях.

По мере того как состояние вовлеченности облегчается, терапевт задает дальнейшие вопросы, чтобы определить элементы и аспекты, которые могли бы упростить и способствовать индукции вовлеченного состояния ума. Выявление этих факторов полезно как для дальнейшего стимулирования и углубления работы с воображением, так и в качестве полезных ориентиров для включения в поведенческие планы, чтобы повысить вероятность вовлечения в планируемых мероприятиях. В этом примере важные аспекты включают в себя фокусирование внимания на внешнем чувственном мире, а не на себе, фокусирование внимания

на процессе того, что делается, а не на потенциальном результате, и принятие любопытной, исследовательской мотивации и подхода к деятельности. Это говорит о том, что в случае Эмили планы по усилению вовлеченности в других ситуациях принесут пользу, если заострить внимание на процессе и мотивироваться обучением и любопытством.

Когда терапевт обсуждает разницу между периодами, когда Эмили вовлечена и не вовлечена во что-то, следующий потенциальный шаг — провести поведенческий эксперимент в ходе сессии, сравнивая воображение ситуации с разных точек зрения. Аналогичное сравнение может быть между эпизодом вовлеченности по сравнению с эпизодом руминации, чтобы определить различия между ними. Каждый из этих подходов поможет еще больше закрепить идею о том, что вовлеченность полезна, и определить, что помогает увеличить вовлеченность.

Затем терапевт должен обеспечить повторную практику упражнения на вовлеченность и связать его с «если.., то...»-планом в качестве стратегии преодоления руминации. Эта идея вводится в конце диалога, но терапевту необходимо развивать ее дальше, возможно, с помощью другой практики и путем совместного изучения того, может ли Эмили использовать упражнение на вовлеченность в качестве домашнего задания, возможно прослушав релевантный отрезок аудиозаписи сессии.

Терапевт следит за этим упражнением, изучая способы увеличения активности на вовлеченность в повседневной жизни Эмили в качестве средства для увеличения позитивного воздействия и снижения руминации. Для Эмили может быть полезно увеличить активность, такую как игра на музыкальном инструменте или садоводство, с помощью планов действий.

Глава 11. Изменение стиля обработки

Сострадание

В предыдущей главе мы рассматривали вовлеченность как альтернативную форму обработки, которая непосредственно противодействует руминации. Другой полезный тип опыта — сострадание к себе или другим. Сострадание здесь определяется как эмоциональная и когнитивная реакция на страдания себя и других, которая включает в себя чувство доброты и заботы и мотивирует желание помогать, поддерживать, опекать. Таким образом, она пересекается с симпатией и эмпатией, но в большей степени предусматривает активное желание и усилия по облегчению страданий и выражению заботы и участия. Обычно сострадание проявляется в том, чтобы быть добрым, искренним, терпимым, заботливым, опекающим, безоценочным и поддерживающим себя или других. Такой опыт вступает в противоречие со стилем депрессивной руминации, который, как правило, включает в себя критическое, оценочное и осуждающее мышление о себе и о других. Следовательно, переход в режим сострадания может быть эффективным средством, позволяющим отказаться от руминативного мышления. Исследования депрессивного и тревожного расстройств подчеркивают, что эти расстройства часто характеризуются отсутствием самоутешения, а вместо этого повторяющимися нападками на себя и продолжительной самокритикой в таких формах, как руминация (см. Gilbert, 2009, для подробного обсуждения).

Почему нужно сострадание в СРКПТ?

Я определил развитие сострадания как важный элемент -СРКПТ в свете функционального анализа пациентов. Две функции руминации, которые регулярно возникали, — это мотивировать себя, оказывая давление на себя («подстегивая себя»), и избегать того, чтобы стать пугающим или нежелательным «я» (более подробную информацию см. в главе 2). Таким образом, пациент может постоянно указывать на ошибки, которые совершал, пытаясь заставить себя действовать лучше. Кроме того, пациент, который боялся стать эгоистичным, может снова и снова ругать себя за то, что он бесчувственен. В обоих этих случаях руминация способна усиливаться, потому что имеет функцию избегания — несмотря на то, что заставляет пациента чувствовать себя плохо. Как обсуждалось в главах 6 и 7, цель в том, чтобы найти эквивалентную стратегию, несовместимую с руминацией, одновременно выполняющую полезные функции без негативных последствий. Умение быть сострадательным к

себе или другим казалось полезной стратегией для урегулирования мотивационных функций руминации.

Сострадательный разговор с самим собой — еще один способ мотивировать себя. Быть валидирующим и поощряющим не имеет обратной стороны, такой как самокритика и давление на себя. Несмотря на то что в большинстве случаев руминировать о своих ошибках и побуждать себя сделать что-то лучше может быть эффективно в краткосрочной перспективе для острых проблем, это может оказаться деморализующим и разрушающим в долгосрочной перспективе. Валидация и поощрение себя, терпимое отношение к своим ограничениям, вероятно, будет полезнее в долгосрочной перспективе. Например, одна пациентка сказала, что если бы она не следила за собой, то стала бы ленивой, немотивированной и самодовольной. Поэтому мы стремились использовать сострадание как альтернативу для ее мотивации, которая не имеет негативных последствий в виде руминации.

В качестве альтернативы функции избегания пугающего «я» терапевты требуют поведения, ориентированного на подход, а не на избегание. Вместо того чтобы пытаться избежать определенного результата, они хотят, чтобы пациенты работали над более конструктивным результатом. Например, вместо избегания с помощью руминации того, чтобы стать эгоистичным человеком, пациент может разработать стратегии для работы над тем, чтобы стать более вдумчивым и заботливым. Изучение способов принятия более сострадательного стиля обработки согласуется с этим переходом к целям подхода. Он соответствует многим позитивным ценностям, к которым пациент может стремиться (например, к доброте, заботе, вдумчивости). Таким образом, упражнения на сострадание четко вписываются в функционально-аналитическую структуру СРКПТ как средство урегулирования усиливающих функций, которые могут лежать в основе руминации. Опять же, как и во всех стратегиях СРКПТ, использование сострадания зависит от ФА трудностей пациента.

Подход, применяемый в СРКПТ для индуцирования опыта сострадания, аналогичен подходу, применяемому для вовлеченности, как описано в главе 10. Пациент определяет и исследует конкретные воспоминания об опыте сострадания. Это состояние сознания затем индуцируется с помощью воображения, используя повторное переживание как средство для изменения обработки. Таким образом, все техники и руководство для индуцирования вовлеченности релевантны для генерирования сострадания. Другими словами, опираясь на собственный опыт пациента, сострадание воображается и репетируется с помощью указаний и подсказок терапевта для укрепления опыта, с повторяющейся практикой, когда конкретное воспоминание о сострадании

признается полезным. Этот подход органично вытекает из акцента на ФА и реализации своего потенциала в рамках СРКПТ.

Данный подход к обучению состраданию контрастирует с подходом Пола Гилберта (см. подробнее, например, Gilbert, 2009, 2010), который развивался параллельно с текущей деятельностью СРКПТ. Работа Гилберта играет центральную роль в подчеркивании важности сострадания в терапии и разработке терапевтических моделей. Кроме того, она строится на хорошо зарекомендовавшей себя теоретической основе с новыми доказательствами эффективности с целью повышения сострадания для психического здоровья. В то время как оба подхода подчеркивают использование яркого и холистического воображения, чтобы индуцировать состояние самосострадания, подход СРКПТ сфокусирован на представлении в воображении прежнего опыта сострадания, отражая его ПА и ФА, в то время как подход обучения сострадательному сознанию использует широкий диапазон воображения, включая воображение аватаров и символические представления сострадания, которые затем взаимодействуют с пациентом (Gilbert, 2009). СРКПТ не предписывает, какой подход использовать: как воображение, основанное на прежнем личном опыте, так и более открытое сострадательное воображение (Gilbert, 2009) кажутся эффективными и могут использоваться в рамках СРКПТ. Я рекомендую тем, кто заинтересован в сострадании, изучить работу Гилберта — мирового лидера в области лечения, сфокусированного на сострадании. Она обширная, исчерпывающая и обоснована значительными клиническими контактами, а также проницательностью.

Когда нужно выбрать сострадание в качестве интервенции

В соответствии с общими принципами СРКПТ использование упражнений на сострадание вторично по отношению к ФА пациента. Фокусировка на сострадании может возникнуть как следствие изучения функций руминации пациента, а затем быть выбрана в качестве стратегии для ее замены более конструктивной альтернативой. Сострадательные реакции могут также проявляться при сравнении эффективных и неэффективных попыток решения проблем. Работа над состраданием может быть направлена на развитие уже существующего репертуара, чтобы сделать его использование более систематическим и частым. Таким образом, упражнения на сострадание необязательно выполняются с каждым пациентом, но выбираются для тех пациентов, в чьих случаях отражают формулировку, возникающую из ФА. Этот анализ определяет, сфокусирована работа над состраданием на сострадании к себе, к другим или на том и другом.

Например, ФА пациента указывает на то, что его раздражительность по отношению к другим — предупреждающий знак руминации и что она может функционировать для устранения страха пациента быть эгоистичным и невнимательным. Для этого пациента сострадание к другим — разумная стратегия, которую можно использовать в качестве альтернативы руминации. Если один и тот же пациент часто недоволен собой и напрасно винит себя, показана практика самосострадания. Нам нужно тщательно оценить функцию и следствия введения сострадания как стратегии. Что касается других стратегий, мы стремимся построить конструктивное целенаправленное поведение, а не бесполезное избегание. Например, практика сострадания к другим предназначена приносить пользу пациенту в обеспечении более адаптивных и ориентированных на подход средств устранения негативных реакций к другим таким образом, чтобы он чувствовал себя более спокойным и позитивным. Сострадание к другим не предназначено для того, чтобы делать пациента менее ассертивным или ставить потребности других людей выше собственных.

Представление сострадания пациентам

Я часто использую эксперименты, подобные описанным в предыдущих главах, чтобы представить потенциальную ценность развития сострадательного типа мышления. Например, мы мог-ли бы сравнить ситуацию, когда пациент был недоволен собой, с другой, когда он был сострадателен к другому человеку, испытывающему аналогичные трудности. Это хорошо для демонстрации потенциального преимущества поддержки и подчеркивает, как пациент может не быть сострадательным к себе.

Например, терапевт говорит:

«Давайте посмотрим, как вы можете поговорить с самим собой, когда что-то не ладится. Подумайте, с чем вам пришлось столкнуться. Определите время, когда у вас был плохой результат и вы были не довольны собой из-за этого: все прошло не так хорошо, как вы надеялись, или что-то пошло не так. Может, вы подали резюме для устройства на работу и отправились на собеседование, но работу не получили. Вспомните эту ситуацию как можно ярче. Проведите несколько минут, вспоминая данное событие, будто вы находитесь в нем -сейчас».

Затем терапевт исследует, что пациент говорил себе и как он разговаривал с собой (например, «Что говорил ваш внутренний голос? Каков был его тон? Что именно вы говорили себе? Как вы это говорили [тон, громкость, скорость]?»).

Далее терапевт представляет сравнительную ситуацию, в которой пациент проявил сострадание (или когда кто-то сострадал пациенту).

Например, терапевт может сказать:

«Хорошо, давайте попробуем сделать что-нибудь другое. Подумайте о том, о ком вы заботитесь и кому хотите помочь, например о близком члене семьи или лучшем друге. Подумайте о трудностях, которые вы только что представляли. А теперь представьте, что ваш близкий друг или член семьи сталкивается с этим в данный момент и приходит поговорить с вами. Что бы вы сказали, желая помочь? Постарайтесь составить список того, что скажете другу или члену семьи. Как бы вы это сказали? Что вы замечаете в голосе (тон, громкость, темп, содержание)?»

Две эти ситуации затем сравниваются, чтобы определить разницу между ними с точки зрения того, что и как сказано, и рассмотреть возможность, что может ли это быть полезно для нахождения способов поддерживать себя, а также других. Подчеркните разницу между негативным, осуждающим, оценочным мышлением, характерным для руминации, и поощрением, поддержкой. Вот пример того, как это может быть представлено:

«У большинства из нас есть “внутренний голос”, который мы используем, разговаривая с самими собой. Порой, когда у нас депрессия или стресс, этот голос бывает чрезвычайно критическим и неприятным, он часто присутствует в руминации, например, когда говорят: “Почему ты не можешь сделать все правильно?”; “Ты жалок”. И так далее.

Хотя может показаться, что критический голос “подстегивает” стать лучше, он делает это грубым, расстраивающим образом. Это может заставить вас чувствовать себя менее мотивированным, становится трудно справляться с делами. В другой раз можно услышать более мягкий и добрый внутренний голос, который ощущается как поддерживающий, полезный и поощряет к лучшему.

Мы знаем, что то, как мы разговариваем с другими людьми, влияет на то, как они реагируют и что чувствуют. Вы не удивитесь, если ваша подруга расстроится, обидится и разочаруется, если вы будете кричать на нее и говорить ей, как она уродлива и никчемна. После того, что вы сказали, она, скорее всего, с меньшей вероятностью будет пробовать что-то новое и может просто захотеть свернуться калачиком и спрятаться. Итак, удивительно ли то,

что как мы говорим сами с собой, меняет то, как мы себя чувствуем и что потом делаем?

Чтобы уменьшить руминацию, беспокойство и депрессию, очень полезно проявлять доброту по отношению к себе. Руминация часто может предусматривать очень злобные, критические мысли, которые обвиняют вас или указывают на все ваши ошибки. Меняя направление своих мыслей и становясь добрее в том, как вы говорите с собой, можно избавиться от цикла негативных мыслей и эмоций, почувствовать себя готовым к тому, чтобы предпринять действия для разрешения проблемы».

Важно признать, что развитие навыков сострадания, особенно самосострадания, может быть трудным, требующим больших усилий и угрожающим для людей с депрессивным расстройством в анамнезе, особенно с хроническим депрессивным расстройством и жестоким обращением и/или пренебрежением. Таким был мой опыт в разработке и проведении СРКПТ-лечения. Пол Гилберт тоже широко освещал проблему вовлечения людей с депрессивным расстройством и длительными проблемами психического здоровья в самосострадание. Проявлять доброту по отношению к себе может быть очень угрожающим и пугающим для некоторых пациентов, отчасти потому, что это совсем другой подход к решению их трудностей.

Это может бросить вызов многолетнему избеганию, а также повторяющимся внешним и внутренним сообщениям о том, что они не заслуживают доброты. Кроме того, быть добрым по отношению к самому себе кажется рискованным: у пациентов может быть мало опыта самоутешения в сочетании со страхом того, что быть милым по отношению к себе — лишь временная замена, которая приведет к худшим трудностям. Многие пациенты чувствуют, что они не заслуживают того, чтобы поддерживать или поощрять себя, и боятся того, что может случиться, если они перестанут держать себя в руках. Важно заранее определить потенциальные трудности, связанные с самосостраданием, и встроить их в лечение для оптимизации шансов на успех.

Сообщите пациентам о трудностях и отметьте, что, хотя развитие навыков сострадания может быть очень полезным, сначала они могут чувствовать себя странно, непривычно и испытывать дискомфорт. Кроме того, существующие привычки обвинять себя или избегать хорошего отношения к себе будут сопротивляться новому подходу. Важно работать вместе, чтобы определить иерархию трудностей в отношении практики сострадания, и затем проработать ее систематически, следуя от одного уровня сложности к другому. Здесь полезно использовать практику сострадания как форму экспозиции. Для многих пациентов конечной целью является развитие навыков самосострадания; но, вероятно,

больше смысла в том, чтобы начинать с практики сострадания к другим, а затем развивать сострадание к себе.

Основные шаги и принципы для поощрения сострадательного мышления

Как и в случае с поощрением вовлеченности, содействие формированию сострадательного мышления предполагает подготовку и социализацию в идее использования воспоминаний и воображения. Это часто работает лучше, когда пациенты уже практиковали другие подходы, включающие в себя воображение и релаксацию. По этой причине я часто использую работу по состраданию позже, нежели раньше в терапии.

Терапевтам следует начинать с ситуаций, когда пациенту легче всего быть сострадательным (например, к тому, кто попал в -трудную ситуацию и о ком пациент заботится, например родитель или ребенок), а затем перейти к ситуации, которая немного сложнее (например, пациент заботится о том, кому трудно, или о ком-то, кого он не знает), к еще более сложным (например, -когда было трудно ухаживать за другим близким человеком) и так далее — пока пациент не будет успешно практиковать сострадание к себе. Как и в случае лечения экспозицией, терапевты не переходят на следующий уровень в иерархии, пока не произойдет успешное усвоение и обработка на текущем уровне; они хотят убедиться, что любые негативные чувства к себе или другим были в значительной степени снижены, прежде чем двигаться дальше. Пациенту необходимо предоставить позитивный опыт пребывания в состоянии сострадания и понимание того, что это не представляет угрозы.

По тем же причинам терапевты должны выделить достаточно времени для работы с каждым примером и для того, чтобы преимущества сострадания стали очевидными. На практике это означает, что целесообразно назначать более длительные сессии (1½ — 2 часа) для представления пациенту понятия -сострадания, чтобы гарантировать: удовлетворительный результат может быть достигнут до окончания сессии. Терапевты стараются избежать окончания сессии, когда у пациента -выросла тревога и до того, как он стал чувствовать себя комфортнее.

Когда вы сталкиваетесь с трудностями в проявлении сострадания, прежде всего полезно разбить ситуацию на этапы и определить, можно ли попробовать меньший альтернативный шаг в иерархии в сочетании с дальнейшим использованием успешных подсказок для формирования чувства сострадания. В том же ключе полезно адаптировать упражнение таким образом, чтобы оно

фокусировалось на преодолении препятствий эмпирически, а не на обсуждении трудности и рассуждении о ней (принцип 3: поощрение активного, конкретного, эмпирического и специфического поведения — правило АКЭС). Например, при работе над практикой самосострадания может быть целесообразно исследовать, какая перспектива или представление пациента способны ему помочь проявить сострадание в качестве первого шага. Одним из шагов для минимизации удаленности сострадания к другим и сострадания к себе является рассмотрение ситуаций, в которых пациент непринужденно и искренне испытывал сострадание к другим и когда он сам испытывал подобную ситуацию. Иной подход заключается в том, чтобы пациент представил, что испытывает сострадание к себе в детстве. Это может частично обойти сопротивление тому, чтобы проявлять доброту по отношению к себе.

Важный аспект — перспектива, принятая во время попыток самосострадания. Мы наблюдали, что они часто менее успешны, когда пациент представляет сострадание к себе, но принимает перспективу наблюдателя, в которой видит себя физически в сцене. Перспектива наблюдателя может стать триггером для более абстрактно-оценочного мышления, отдаляющего пациента от опыта сострадания. Кроме того, это может быть связано с опасениями по поводу собственного образа и образа тела, что может действовать как триггер для негативного мышления. Попытки самосострадания имеют тенденцию быть более эффективными, когда воспринимаются с позиции на местах и воплощены в полной мере (то есть пациент представляет, что смотрит вокруг своими глазами и испытывает внутренние ощущения сострадания, распространяющиеся по его телу).

Терапевт побуждает пациента воссоздать психическое состояние сострадания, направляя его представить себя снова в переживании чувства сострадания и инструктируя использовать перспективу в настоящем времени, а также подсказки, основанные на просмотренном воспоминании. Эти подсказки должны развивать полный холистический опыт и будут включать в себя подсказки для чувственного опыта, мотивации и отношения (например, «Сфокусируйтесь на своем желании помочь другому человеку»), положения тела, физических ощущений (например, «Сфокусируйтесь на чувствах спокойствия, заботы»), эмоциональных чувств (например, «Испытайте свои чувства и сохраняйте их, позволяя им углубляться»), мимики (например, «Обратите внимание на выражение вашего лица, когда чувствуете сострадание, как ваше лицо расслабляется»), побуждения к действию (например, «Фокусируйтесь на желании помочь, обнять или удержать человека») и внимания.

Как и в случае с упражнением на вовлеченность, терапевт следит за тем, чтобы пациент был полностью погружен в опыт сострадания и не входил в концептуальное или оценочное состояние, в котором он *думает о периоде, когда* был сострадательным. Абстрактное и аналитическое мышление лишает пациента непосредственного опыта и часто приводит к негативным оценкам, таким как: «Почему я не могу проявлять сострадание чаще?» Терапевт проверяет эффект эмпирического упражнения и использует подсказки и воображение для усиления индукции сострадательного мышления. Например, когда пациент описывает аспект своего опыта сострадания в физических, эмоциональных или символических терминах, таких как чувство доброты внутри, терапевт призывает его сфокусироваться и сконцентрироваться на данном аспекте опыта, чтобы усилить его. Фокусирование внимания на чувствах или элементах опыта, который срабатывает, укрепляет совокупный опыт.

Когда пациенту становится труднее, терапевт должен предоставить ему больше поддержки, подсказок и напоминаний, возвращающих его к опыту, обращаясь к ранее успешным описаниям. Терапевт ищет смещения в эмпирической обработке, из нее и в абстрактно-оценочную обработку, а затем пытается перенаправить внимание обратно на участие в эмпирическом упражнении. Здесь применяется принцип АКЭС: когда наблюдается абстрактно-оценочная обработка, а не обсуждение происходящего, терапевту рекомендуется искать способы повторного вовлечения пациента в непосредственный и конкретный опыт.

В соответствии с фокусировкой СРКПТ на изменении привычек мы хотим, чтобы пациент остался с опытом сострадания, проработал его детально и многократно, пока сострадание к себе или другим не станет привычной реакцией. Его нужно практиковать многократно в течение терапевтической сессии и вести аудиозапись, чтобы можно было периодически практиковать вне лечебной сессии. Необходимо повторяющееся сочетание триггеров руминации и предупреждающих знаков (например, чувство раздражения) с альтернативной реакцией сострадания к себе или другим. Сострадание и самоуспокоение становятся автоматическими реакциями на эти сигналы (принцип 5: связать поведение с триггерами и предупреждающими знаками).

Центральный аспект развития сострадания в СРКПТ — важность подтверждения опыта пациента. Терапевт должен моделировать его самовалидацию и стремиться к тому, чтобы упростить валидацию суждений о себе, в которых чувства и мнения пациента признаются, выслушиваются, уважаются и ценятся. Это следует принципам нормализации опыта пациента и расширения его возможностей, которые действуют во всей СРКПТ (принцип 8: фокус на неспецифические факторы). В качестве первого этапа обучения

состраданию валидация собственного опыта пациента является мощным средством уменьшения стресса и полезным навыком — умением применять его самостоятельно. Терапевт моделирует этот подход и ориентирует его на пациентов. Когда пациент сообщает об эмоциях дистресса, терапевту полезно отразить это и оценить собственный опыт пациента. Это центральный элемент в рамках принципов СРКПТ и применения ФА.

Несколько разных типов утверждений могут быть полезны терапевту при формировании у пациентов валидации и сострадания, а также для создания структуры для пациентов, чтобы они развивали более самосострадательные утверждения. Я представляю эти утверждения как указания, чтобы помочь пациентам стать добрее и более поддерживающими.

Терапевт проходит через разные категории сострадательных фраз, которые пациент может сказать себе, чтобы структурировать это для кого-то менее опытного в сострадании.

Ниже приведены пять категорий, содержащих полезные инструкции и шаги относительно того, что пациент может сказать самому себе, а также дальнейшие объяснения и примеры, которые терапевты могут дать пациентам:

1. *Нормализовать ситуацию.* Напомните себе о том, что все совершают ошибки. Никто не идеален.
2. *Фокусируйтесь на любом достигнутом прогрессе.* Обратите внимание на всю проделанную работу и шаги, которые вы уже предприняли, прогресс, которого уже достигли; фокусируйтесь на позитивном, а не на негативном, на правильных, а не на неправильных ответах. Посмотрите, чему можете научиться в этой ситуации.
3. *Подчеркните успех и сильные стороны.* Напомните себе о других случаях, когда добивались успеха. Подумайте об этих моментах в деталях.
4. *Взгляните на ситуацию.* Подумайте, насколько сложной была ситуация, и о том, что неудивительно, что она складывалась неудачно. Напомните себе: плохое настроение пройдет, придут другие возможности. Сфокусируйтесь на процессе, а не на результатах, например на том, чему вы могли бы научиться, даже если не справились с ситуацией; что важно продолжать попытки и что, если прилагать усилия, трудности будут преодолены.
5. *Поощрите себя переходить к следующему шагу.* Скажите себе, что вы можете сделать это, но шаг за шагом, и что вы сильный. Разбейте проблему на меньшие этапы и сфокусируйтесь на следующем этапе.

Когда пациентам трудно проявить сострадание к себе, часто помогает обзор примеров утверждений и их доработка — так, чтобы составить собственные утверждения в каждой категории для конкретных ситуаций. Таким образом, терапевт шаг за шагом развивает у пациентов сострадание.

Также важны невербальные качества внутренней речи. Тон, его высота и качество используемого голоса оказывают большое влияние на следствия разговора с самим собой. Ободряющие -утверждения, скорее всего, будут эффективны, когда имеют спокойный, заботливый, нежный, уверенный, твердый, настойчивый тон голоса, не слишком громкий или тихий и без какой-либо иронии или сарказма. Напротив, самокритические руминативные мысли часто имеют критический, саркастический, властный тон, могут быть холодными или токсичными. Такая негативная руминация может являться интернализированной версией критически настроенного другого, например родителя. Когда пациенты практикуются в переносе того, что говорят, на себя, важно наблюдать, как они говорят разные вещи. Разные формы внутреннего диалога и их эффекты могут быть выявлены во время ФА полезного разговора с самим собой (направленного на самосострадание) — по сравнению с бесполезным разговором с самим собой (критическим). Выводы, сделанные из этих функциональных анализов, затем способствуют развитию большего самосострадания.

Действовать в духе сострадания

В дополнение к психическим упражнениям терапевты хотят поощрять действия и поведение пациентов, которые являются сострадательными. Параллельно с работой по наращиванию вовлекающей деятельности цель состоит в том, чтобы пациент действовал более сострадательно по отношению к себе. Терапевт поощряет его задать себе два следующих вопроса, а затем составить планы в качестве реакции на них:

Что бы я делал чаще, если бы больше заботился о себе?

Что бы я делал реже, если бы больше заботился о себе?

Изменение паттерна деятельности так, чтобы она соответствовала самосостраданию, закрепит ее преимущества для пациента. Более того, по мере того как он наблюдает за собой и больше заботится о себе, пациент обнаружит, что у него выросло самоуважение и укрепилась уверенность. Это также снизит шансы попасть в стрессовые ситуации и повысит устойчивость к стрессу.

Распространенные примеры действий, которые следует совершать чаще, чтобы действовать в духе самосострадания, включают в себя проведение

большого количества времени с позитивными людьми; заботу о себе, например высыпаться, правильно питаться, больше тренироваться, отдыхать и расслабляться после стресса; большее самовознаграждение; пробы новых видов деятельности; большее самоуважение; умение ставить себя и свои потребности на первое место; увеличение шансов на успех за счет тщательного планирования и подготовки.

Распространенные примеры действий, которые нужно сократить, чтобы действовать в духе самосострадания, включают в себя: делать меньше и иметь менее напряженный график; избегать людей, которые пользуются другими людьми; избегать опасных ситуаций; употреблять меньше алкоголя и отказаться от употребления наркотиков; не откладывать дела до последнего момента; не торопиться; не оказывать на себя сильного давления. После того как определены действия, которые нужно усилить или сократить, терапевт вместе с пациентом разрабатывает детальные, и конкретные планы, которые разбивают изменения на более мелкие и управляемые этапы.

Пример содействия состраданию

Следующий диалог отражает сессию, в которой сострадание сначала обсуждалось, а затем практиковалось с Эмили, представленной в предыдущих главах. Сам диалог носит общий характер, отражающий совокупность нашего опыта с рядом пациентов. Эмили хорошо отреагировала на обучение конкретности и вовлеченности, но все еще испытывала негативные руминации. Предполагалось, что ее руминация служит для того, чтобы мотивировать себя и не позволять ей развить пугающие черты эгоизма, бесчувственности и высокомерия. В этом контексте было признано, что научиться быть более сострадательной — хорошая альтернативная стратегия.

Эмили была одним из первых пациентов, прошедших курс лечения СРКПТ, и мы все еще развивали технику сострадания. Поэтому у данного диалога есть сильные и слабые стороны, а также ограничения, которые мы неоднократно рассматривали в терапии. Диалог перемежается размышлениями о том, что делал терапевт, чтобы извлеченными уроками и способами улучшить уже сделанное.

Терапевт: Мы начали говорить о терпимости, сострадании и о том, как это может быть полезно для вас. Заметили много мыслей о том, что вы — плохой человек. Вместо того чтобы останавливаться на этих мыслях в качестве способа избегания эгоизма, мы говорили о том, чтобы сделать что-то

позитивное, сделать вас лучше и помочь вам чувствовать себя лучше. В качестве первого шага к этому я ранее просил вас попробовать выработать чувство сострадания и терпимости к другим людям, и вы подробно рассказали о примере предоставления консультаций в центре здоровья. Я хочу сфокусироваться на воспоминании, когда вы испытывали эти чувства сильнее всего. Можете вспомнить конкретный случай, когда у вас возникло сильное чувство сострадания?

Эмили: Я помню, как разговаривала с молодой матерью, у которой были проблемы, связанные с тем, что она еле сводила концы с концами. Я тогда сказала: «Мне так жаль, что у вас трудности, я постараюсь помочь». Я пыталась протянуть руку помощи и понять, откуда она.

Терапевт: Хорошо, давайте остановимся на этой ситуации более подробно. Обратите внимание, где вы находитесь и что вы можете видеть и слышать в этой ситуации. Опишите мне сцену.

Эмили: Я в своем офисе, сижу и разговариваю с матерью-подростком.

Терапевт: Как она выглядит?

Эмили: Она довольно молодая и худая, явно очень тревожная. Она очень быстро разговаривает, и ей трудно сидеть на месте.

Терапевт: Что происходит? Что вы с ней делаете?

Эмили: Она рассказывает мне все о проблемах со своим парнем, с которым они то сходятся, то расходятся, с уходом за ребенком и оплатой аренды; начинает плакать. Я пытаюсь найти способ ей помочь.

Терапевт: Похоже, у вас очень яркая картина этой сцены. Правильно?

Эмили: Да.

Терапевт: Сколько сострадания и доброты вы испытывали к ней?

Эмили: Я очень сострадала ей.

Терапевт: Это звучит как хорошее воспоминание, на котором нужно сосредоточиться. Что было бы интересно попробовать в течение нескольких минут, так это воссоздать тот опыт в уме. Вы согласны?

Эмили: Да.

Терапевт: Будто вы вернулись в ту ситуацию прямо сейчас, глядя на все своими глазами. Сфокусируйтесь на этих чувствах, чтобы попытаться воссоздать чувство сострадания и заботливое отношение в себе... И пусть это чувство станет как можно сильнее — сделайте его максимально насыщенным. Сделайте этот опыт как можно более ярким. Настолько хорошо, насколько можете, восстановите его. (Пауза.) Пусть он нарастает и углубляется. (Пауза.) Что вы замечаете? Как чувствуете себя эмоционально внутри?

Эмили: Чувство мягкости, заботы, желание сделать лучше.

Терапевт: Хорошо. Можете ли вы сконцентрироваться на чувстве мягкости и заботы? Посмотрим, сможете ли вы больше погрузиться в него... стать более вовлеченной в это чувство, захваченной им, ощутить, как оно усиливается и распространяется по вам. (5-секундная пауза.) Как вы при этом себя чувствуете?

Эмили: Печально, но хорошо.

Терапевт: Что вы замечаете? Какой у вас опыт?

Эмили: Чувство любви и желания помочь. Может, просто обнять или поддержать ее за руку.

Терапевт: Хорошо. Сфокусируйтесь на чувстве мягкости и беспокойства, поскольку оно продолжает усиливаться, и оставайтесь с чувством желания обнять и поддержать ее руку. Что еще вы замечаете, когда чувство сострадания нарастает? Что замечаете в выражении лица или положении тела?

Эмили: Я замечаю, что мое лицо смягчается, чувствую себя более расслабленной внутри. Я чувствую, что, возможно, не смогу помочь ей в

достаточной степени. Но есть надежда для другого человека и надежда на то, что я смогу помочь.

Терапевт: Насколько сильно чувство заботы и опасения за нее?

Эмили: Очень сильное.

Терапевт: Как вы себя ощущаете из-за того, что у вас есть это чувство?

Эмили: Хорошо.

Терапевт: Когда вы фокусируетесь на чувстве сострадания, возникает ли что-то, что помогает воплотить его в жизнь? Что помогло реализовать это чувство, когда вы сидели там с этой молодой матерью? На что вы обращали внимание? Что говорили себе?

Эмили: Я фокусируюсь на ее лице, а не на том, каким может быть ее происхождение или статус, думая, что мы все одинаковые, у всех есть чувства, нам всем бывает больно, мы все плачем и боимся.

Терапевт: Так, там происходит довольно много; есть физические изменения, изменения в выражении лица...

Эмили: Чувствую, что хочется поплакать.

Терапевт: Да, это правильно — чувствовать себя грустно, но хорошо, когда есть мысли о том, чтобы попытаться понять, каково хотеть помочь, и образы того, что вы обнимаете или держите за руку...

Эмили: Я просто проявляла доброту.

Терапевт: Проявление доброты, мысли о том, что мы все одинаковы, все испытываем разные чувства. Так что, если мы остановимся на секунду и вы вернетесь к чувству сострадания, попытайтесь снова остановиться на нем. Возбудите его так сильно, как только можете. Переориентируйтесь на мгновение на опыт чувства доброты, и пусть оно углубляется, укрепляется, когда вы фокусируетесь на мягкости, желая обнять и держать ее за руку, сосредоточиться на ее лице, на понимании того, что мы все одинаковы. (5-секундная пауза.)

Эмили: *(Выглядит спокойнее и расслабленнее, кивает.)*

Терапевт: Вы в состоянии его достичь?

Эмили: Да.

Терапевт: Понятно. Заметьте изменения в вашей позе и выражении лица — смягчение, возникающая эмоция. Это грустно, но хорошо, что у нас у всех есть чувства. Вы пытаетесь понять, желаете помочь, чувствуете внутри стремление удержать и обнять ее; чувство сострадания и заботы становится сильнее. Сфокусируйтесь на этих чувствах. Возбудите их как можно сильнее. Какие слова лучше всего описывают то, что вы чувствуете?

Эмили: Очень сильное, переполняющее желание поддержать. Сильное чувство доброты к ней и заботы о ней.

Терапевт: Как это заставляет вас чувствовать себя?

Эмили: Приятно.

Взгляд терапевта 1: ключевые пункты и размышления о сострадании

Приведенный выше диалог иллюстрирует несколько важных принципов и общих вопросов, которые возникают при использовании умственных упражнений, чтобы стимулировать возникновение сострадательного.

Во-первых, он показывает, как идентифицировать воспоминание о чувстве сострадания и начать детально его исследовать, чтобы понять, является ли оно подходящим воспоминанием, которое пациент может живо представить. Это воспоминание выбрано потому, что оно было относительно легким и находилось в нижней части (самом простом конце) иерархии сострадания. Данное описание является относительно кратким — как собственно для краткости, так и потому, что Эмили хорошо справлялась, работая с воображением; терапевт был уверен, что представлено подробное воспоминание. С другими пациентами может понадобиться больше дополнительной фоновой работы, чтобы создать яркую картину события, больше вопросов о том, что произошло и где, когда, как и с кем, больше поисков подробных описаний чувственно-воспринимаемого опыта. Затем терапевт направляет Эмили снова представить себя в этой ситуации, а также побуждает ее обратить внимание на полный холистический диапазон опыта (чувства, ощущения, внимание, отношение, выражение лица, побуждения к

действию и т.д.). Он использует подсказки, чтобы поощрять сострадательное мышление. Детали элементов, которые способствуют оценке, отмечаются терапевтом, потому что фокусирование на них позднее может быть полезно для активации режима сострадания в более сложных ситуациях.

Вы, вероятно, заметили, что был короткий момент, когда Эмили перешла из эмпирического режима обработки в более абстрактный, оценочный и сравнительный режим, типичный для ее руминации. Когда она сказала: «Возможно, я не смогу помочь в достаточной степени». Это сигнализирует о переходе от эмоцио-нального, эмпирического способа обработки в интеллектуальный, оценочный режим. Если бы это сохранялось, то нарушило бы любую индукцию сострадательного образа жизни. Вместо того чтобы диспутировать или обсуждать данную трудность, терапевт сохраняет фокус на опыте сострадания и возвращает Эмили к деталям опыта, в соответствии с принципом АКЭС, прося ее снова восстановить чувства сострадания. По мере продолжения сессии Эмили рекомендуется неоднократно практиковать переход из абстрактно-оценочного режима по умолчанию в режим безоценочного эмпирического сострадания.

Успешно индуцировав сострадание к одному человеку, терапевт хочет, чтобы Эмили в дальнейшем практиковала этот навык для других сигналов и более сложных ситуаций.

Следующим шагом является продвижение вверх в иерархии сострадания и его практика к другим людям, находящимся в более сложной ситуации. Это согласуется шестью принципами Е (см. главу 9): после того как будет установлено, что упражнение эффективно, оно практикуется и расширяется. Для диалога, приведенного ниже, актуально то, что один из сигналов Эмили для руминации — чувство раздражения.

Терапевт: Я хочу, чтобы вы удерживали чувство доброты и держались за эти сигналы — расслабление лица, ощущение мягкости внутри, желание помочь и поддержать за руку, сохранение чувства сострадания. Можете ли вы удерживать его, чтобы применить к кому-то еще? Давайте перейдем от применения сострадания к молодой маме к другому человеку. Держа в уме то, о чем мы говорили ранее, давайте подумаем о ком-то, кто был бы тем, по отношению к кому вы могли бы практиковать сострадание, но с которым это не слишком сложный шаг.

Эмили: Моя мать.

Терапевт: Сделайте это.

Эмили: Я могла бы быть более сострадательной к ней. Я могу быть гораздо более понимающей с ней.

Терапевт: Это хороший шаг? Интересно, не слишком ли это большой шаг?

Эмили: Да, может, начать с кого-то другого? Скажем, с моей лучшей подруги, потому что встречались моменты, когда с ней было трудно.

Терапевт: Хорошо. Было бы вам легко проявить сострадание к своей лучшей подруге?

Эмили: Да.

Терапевт: Есть ли периоды, когда с вашей лучшей подругой было немного труднее? Когда она действовала вам на нервы или немного раздражала вас?

Эмили: Да.

Терапевт: У вас есть четкое воспоминание об этом?

Эмили: Да, недавний случай, когда она была более раздражительной со мной. Это хороший случай, когда я могла бы проявить больше понимания.

Терапевт: Когда это было?

Эмили: Пару недель назад. У нее случился стресс на работе, она была слегка вспыльчива, и когда мы собрались выпить, я немного опоздала. Она повела себя со мной довольно резко, и я даже рассердилась в ответ.

Терапевт: Можете ли вы отчетливо вспомнить тот момент, когда вы встретились с подругой и почувствовали себя немного раздражительной?

Эмили: Да.

Терапевт: Как вы чувствуете себя сейчас, когда вспоминаете это?

Эмили: Слегка раздраженно, но не сильно.

Терапевт: Хорошо, вы ощущаете то самое чувство раздражения?

Эмили: Да.

Терапевт: Вы можете определить, насколько сильно это чувство, по шкале до 10?

Эмили: Около 5.

Терапевт: Понятно. Как вы сейчас чувствуете раздражение по поводу подруги?

Эмили: Я чувствую, что мне немного жарко, и еще — напряжение.

Терапевт: Начиная с того момента, когда вы чувствуете некоторое раздражение в связи с подругой, я хочу, чтобы вы возбудили чувство сострадания и сфокусировались на нем, используя то, что только что сделали, когда почувствовали сострадание к молодой матери. Используйте свою подругу как человека, на котором вы фокусируете эти чувства. Так хорошо, как только можете, воссоздайте чувство сострадания, фокусируясь на заботе; отношении, что мы все — такие же; желании понять и помочь. Потратьте несколько минут, пытаясь сделать это как можно лучше...

(10-секундная пауза.)

Эмили: Да, хорошо.

Терапевт: Отлично. Просто позвольте этим чувствам углубиться, укрепиться и фокусируйтесь на них как можно лучше. Обращайте на них больше внимания. Что вы замечаете, когда фокусируетесь на этих чувствах? Что происходит?

Эмили: Ум-м... просто чувство спокойствия и прощения. Мы все совершаем ошибки и можем быть бесчувственными иногда.

Терапевт: А чувства раздражения и досады — что происходит с ними?

Эмили (*качает головой*): Они кажутся менее важными.

Терапевт: Что бы вы сказали о них, по мере того как продолжаете фокусироваться на чувствах сострадания? Насколько сильны они сейчас?

Эмили: Возможно, от двух до трех.

Терапевт: Хорошо. Если вы придерживаетесь чувств сострадания и пребываете с ними немного дольше, стараясь нарастить такими же сильными, какими они были, фокусируйтесь на том, как чувствуете себя внутри, на чувствах заботы, снисходительности и доброты. Сфокусируйтесь на расслаблении лица, так как вы все больше вовлечены чувством сострадания, поощряя эти изменения в позе и выражениях лица. Когда вы фокусируетесь на ее лице и мыслях, что мы все одинаковы, и у всех есть чувства, пусть чувства доброты и заботы укрепляются и углубляются. Воссоздайте их.

Эмили: Хорошо. У меня возникает более сильное чувство — неважно, что раздражало.

Терапевт: Как вы себя чувствуете? Что случилось с раздражением?

Эмили: Оно ушло.

Терапевт: Так что же это, 1 или 0?

Эмили: 1.

Терапевт: И что вы чувствуете, проделав это, придерживаясь тех чувств?

Эмили: Стало лучше, я чувствую себя более стоящей, что ли. Рада, что мне удалось это сделать. Счастлива, что я могу быть милой и понимающей.

Взгляд терапевта 2: ключевые пункты и размышления о сострадании

В приведенном выше диалоге снова практикуется умственное упражнение, направленное на то, чтобы стать более сострадательным к другим, на этот раз в несколько более тяжелой ситуации, когда раздражает близкая подруга, отражая следующий шаг вверх по иерархии. Кроме того, упражнение отражает шесть принципов Е (в частности, упражняться и взаимодействовать), заставляя пациента практиковать более сострадательное отношение как реакцию на предупреждающий знак для руминации. Предыдущие сессии определили, что у Эмили чувство раздражительности по отношению к другим часто является ключом к руминации. Терапевт попросил ее вспомнить ситуации, когда она

чувствовала раздражение, чтобы выявить некоторые из этих чувств (например, проблемы с настроением), и на практике проявление сострадания шло в паре с чувством раздражения. Чтобы его уменьшить, здесь используется сострадание, а не руминация. Это дает пациентке практику, подобную реальным обстоятельствам, когда она может быть наиболее полезной, и увеличивает возможность распространения данной стратегии вне сессии. Повторяющиеся сочетания раздражения и сострадания сделают более вероятным, что в будущем сострадание станет автоматической реакцией в периоды раздражительности, заменив привычку к руминации (принцип 5: связать поведение с триггерами и предупреждающими знаками; принцип 6: подчеркнуть важность повторения и практики).

Важно отметить, что в начале этого диалога Эмили предлагает мать в качестве следующего человека, с которым нужно практиковать сострадание, но терапевт сомневается в этом и ищет альтернативный пример. Он знает, что у Эмили сложные отношения с матерью, и уже установил, что сострадание к ней было бы менее очевидно и выше по иерархии.

Этот раздел сессии лечения демонстрирует использование подсказок для наведения на опыт сострадания и повышения эффекта. Терапевт постоянно поощряет Эмили пребывать в опыте, чтобы усилить его влияние. Заключительные предложения указывают, насколько мощным был этот подход сострадания в устранении чувства раздражения и в качестве функциональной альтернативы руминации. Упражнение также помогло ей чувствовать себя спокойнее, снисходительнее и более стоящей. Это говорит о том, что использование упражнения на сострадание было направлено на регуляцию желаемой функции, сформулированной из ФА. Упражнение также можно рассматривать как поведенческий эксперимент, косвенно оспаривавший негативное отношение Эмили к себе. Она считала, что не способна быть доброй и внимательной к другим, но это упражнение убедительно показало, что она легко чувствует сострадание. В следующем разделе упражнение повторяется для дальнейшей практики сострадательного отношения к другим в сложных ситуациях, перемещаясь выше по иерархии трудностей.

Терапевт: Придерживайтесь чувств доброты и сострадания, не отпускайте их, сохраняя фокус на ощущении того, что вы милая и понимающая. Перейдем к практике с другим человеком и другой ситуацией. Кто будет шагом вперед от вашей лучшей подруги?

Эмили: Полагаю, моя мать.

Терапевт: Можно ли вспомнить ситуацию, когда вас раздражала мать?

Эмили (*очень быстро*): Да.

Терапевт: Похоже, что-то вспоминается довольно быстро.

Эмили: Да.

Терапевт: Понятно. Какая ситуация приходит на ум?

Эмили: Ум-м... Это было несколько недель назад. Я навещала родителей, и с моей мамой было очень трудно. Мы говорили о моих планах, и она вела себя очень пренебрежительно. А еще была очень придирчива к моему отцу. Она продолжала говорить о том, что мы — эгоисты и не поддерживаем ее. Просто обвиняла, цеплялась ко всем и болтала о разных вещах. (*Звучит все более раздраженно, голос напряженный, говорит быстрее и громче, ерзает на стуле.*)

Терапевт: По мере переосмысления этой ситуации какие чувства у вас возникают?

Эмили: Злость (*сказала очень определенно*). Я чувствую гнев.

Терапевт: Как вы замечаете гнев? Какие-нибудь физические эффекты? Что именно вы замечаете?

Эмили: Я становлюсь напряженной, более бдительной, мне становится жарче.

Терапевт: И как вы сейчас себя чувствуете? Насколько сильное чувство гнева?

Эмили: Довольно сильное, я бы сказала 8 (*раздраженный тон*).

Терапевт: Помня о данной ситуации, представьте, что вы сейчас находитесь в этом месте, испытывая это раздражение. Еще раз попытайтесь возбудить чувство сострадания, сфокусироваться на сигналах и элементах, о которых мы говорили раньше, — внимание на чувства доброты и снисходительности; на отношение, что мы все одинаковые; на физических ощущениях ослабления и смягчения, на позе и выражении лица, опоре на опыт

предыдущих ситуаций и перехода в них. Как можно лучше проявляйте чувства сострадания, заботы и снисходительности, пробуждая их настолько сильно, насколько возможно. Как только вы заметили эти чувства, пусть они развиваются и вовлекают вас. Просто потратьте несколько минут, пытаясь сделать это как можно ярче и убедительнее.

Эмили: Ладно (*выглядит немного спокойнее, звучит менее раздраженно*).

Терапевт: Как все продвигается?

Эмили: Хорошо.

Терапевт: Что вы замечаете?

Эмили: Я снова чувствую себя спокойнее.

Терапевт: Как вы относитесь к своей матери?

Эмили: С чувством большей терпимости.

Терапевт: Что вы замечаете, когда становитесь терпимее?

Эмили: Только то, что у нее есть причины быть такой. Не так зла на это, проявляю больше сочувствия.

Терапевт: Что происходит с чувством гнева?

Эмили: Оно стало меньше.

Терапевт: До чего оно опустилось?

Эмили: 2 или 3.

Терапевт: Что все еще поддерживает его? Конкретные вещи, за которые вы держитесь? Они поддерживают гнев?

Эмили: Да, я не фокусируюсь на чем-то одном. У меня есть мысли о других вещах, которые она сделала и которые раздражают меня.

Терапевт: Так упорно, как можете, оставайтесь в этой исходной ситуации и фокусируйтесь на чувствах сострадания. На том, на чем можете, — любых

сигналах, которые помогут вам возбудить их сильнее. Потратьте еще несколько минут, чтобы действительно погрузиться в эти чувства; позвольте им возникнуть и распространиться внутри вас. Углубленные и обогащенные, примените чувства заботы, доброты и мягкости к тем мыслям, которые возникают... принимая чувство сострадания, испытанное ранее, и фокусируясь на нем по мере того, как вы все больше вовлекаетесь...

(10-секундная пауза.)

Эмили: Ладно. Все идет хорошо, вроде такое чувство, что это распространяется из центра меня, от моего сердца.

Терапевт: Хорошо. Если вы фокусируетесь на этом, продолжайте в том же духе — пусть все пойдет своим чередом. Если помогает, сфокусируйтесь на чувстве, которое распространяется от вашего сердца.

Эмили: Я полагаю, раздражение сменилось заботой о ее благополучии. Думаю, она ведет себя так, потому что хочет, чтобы все было правильно, и ей трудно смириться со своими проблемами со здоровьем.

Терапевт: Итак, как вы чувствуете себя сейчас?

Эмили: Лучше. И лучше по отношению к ней.

Терапевт: Какие чувства вы испытываете? На чем концентрируетесь?

Эмили: Мне жаль, что раньше я была нетерпимой.

Терапевт: Гнев ушел, и ему на замену пришло чувство вины?

Эмили: По большей части. Он всего лишь около единицы.

Взгляд терапевта 3: ключевые пункты и размышления о сострадании

Этот диалог иллюстрирует ценность идентификации воспоминания, которое активирует эмоциональную реакцию и предупреждающий знак для руминации (в данном случае раздражение) и практикует альтернативную стратегию для этой реакции. Понятно, что эмоции все еще очень реальные и живые для Эмили, что дало прекрасную возможность потренироваться в чем-то ином, нежели активное раздражение. В данном разделе также продемонстрировано, как важно

пребывать в опыте и стимулировать его более конкретными и специфическими сигналами для обогащения воображения. Это позволило Эмили преодолеть блокировку и испытать более сильное чувство сострадания. Использование языка пациента может усилить воздействие упражнения: метафорические и символические фразы, такие как «кажется, что оно распространяется от сердца», улавливают чувство глубокой вовлеченности в пережитое. Аналогичным образом обратите пристальное внимание на невербальные сигналы пациента и язык тела — это дает подсказки о том, испытывает ли он сострадание (с ассоциированным смягчением и расслаблением), становится ли более раздраженным или это дается ему тяжело.

В конце диалога осуществляется еще один переход от эмпирического мышления к концептуально-оценочному, что дает терапевту возможность принять решение о дальнейшем движении. На сессии он предпочел перейти от практики сострадания окружающим к практике самосострадания. Включение чувства вины, казалось, дало прекрасную возможность сделать это. Имея больше опыта, я сейчас предполагаю, что это вряд ли лучший курс. Как отмечалось ранее, самосострадание часто бывает пугающим, трудным и сложным для пациентов. Теперь я рекомендую подбираться к нему более постепенно. Это движение может включать в себя несколько недель практики сострадания к другим, чтобы закрепить навык, прежде чем переходить к состраданию себе. В качестве альтернативы, если начинать с самосострадания, терапевт отрабатывает подробную иерархию сложности и практикует использование сострадательных утверждений о себе, прежде чем переходить к упражнениям на воображение. Все советы, упомянутые ранее, такие как определение иерархии сложности, обеспечение полного погружения пациента в опыт и наличие эффективного набора подсказок и сигналов, необходимы для развития самосострадающего мышления.

Диалог продолжается ниже, поскольку терапевт фокусируется на развитии самосострадания. Он демонстрирует некоторые потенциальные трудности и пути их преодоления. Даже на этой ранней сессии, когда терапевт настойчив и креативен в использовании принципа АКЭС, достигается некоторый прогресс в предоставлении пациенту опыта самосострадания.

Терапевт: Можно попрактиковать проявление сострадания ко многим людям. Не могли бы вы попытаться применить эти чувства к тому, что возникает сейчас, — к чувству вины? Вы готовы попробовать?

Эмили: Ладно.

Терапевт: Хорошо. Теперь примените чувства доброты и заботы; отношение, что мы все одинаковые, к другим... ощутите -сострадание — настолько сильно, насколько можете; это чувство распространяется от вашего сердца... сохраняя его настолько хорошо, насколько можете, обратите его к себе и к мыслям о чувстве вины. Позвольте им распространяться на вас в качестве фокуса... концентрируясь внутри. И снова, как вы делаете это, пусть чувства становятся сильнее и глубже. Обратите внимание на смягчение выражения лица, расслабление вашего тела... Почувствуйте, что вы хотите обнять себя, позволяя чувству заботы распространиться по телу. Сделайте чувство доброты сильнее и глубже. А если оно ослабевает, наполнитесь чувствами от прежней практики. Потратьте несколько минут, чтобы чувство доброты к себе углубилось и укрепилось.

Эмили (*хмуро, выглядит напряженно*): Ничего не получается. Все по-другому. Это может работать на определенном уровне — как мы все делаем ошибки и тому подобное. Когда я пытаюсь обратить это к себе, чувствую, что не достойна этого.

Терапевт: Возникла ли эта мысль применительно к кому-то другому?

Эмили: Нет, ни с кем.

Терапевт: Давайте вернемся в прошлое и воссоздадим чувство сострадания, когда вы применяли его к другому человеку, например к своей лучшей подруге, и смогли испытать чувство доброты в полной мере. Восстановите это чувство. Давайте воссоздадим его. Вернитесь к образам, которые были у вас раньше, когда вы вспоминали это чувство. Вызывайте его таким сильным и глубоким, каким можете.

Эмили: Хорошо, я вполне могу сделать это.

Терапевт: Что происходит, когда вы это делаете?

Эмили: Я не чувствую себя такой напряженной. Это почти как если бы мои ладони были раскрыты, а не сомкнуты. Просто более расслаблена, наполнена чувством заботы и энергией.

Терапевт: И когда вы фокусируетесь на этих ощущениях, что происходит с чувством сострадания?

Эмили: Желание помочь становится сильнее.

Терапевт: Хорошо. Продолжайте фокусироваться на том, что вы замечаете, ощущайте чувства доброты и мягкости так сильно, как можете. Есть ли что-то еще, на что вы обращаете внимание или делаете, когда замечаете, что чувство сострадания усиливается?

Эмили: Я полагаю, просто чувство желания обнять и утешить.

Терапевт: Как вы это испытываете? Это образ или ощущение в теле?

Эмили: Чувство в теле, но и образ.

Терапевт: Какой образ?

Эмили: Я вижу образ того, кто в слезах, расстроен, и образ того, что я хочу прикоснуться, утешить его. Это очень сильно.

Терапевт: Можете ли вы сфокусироваться на чувстве внутри вашего тела и попытаться заметить это как можно сильнее? Что происходит, когда вы так делаете?

Эмили: Ощущение в сердце и груди. *(Показывает жестами на своей груди.)*

Терапевт: Хорошо. Оставайтесь с этими чувствами и фокусируйтесь на них, пусть они станут сильнее. Сохраняйте эти чувства и придерживайтесь их. Вы упомянули данный пример на днях, когда сидели дома, чувствовали себя расстроенной и руминировали о трудностях. Можете ли вы представить себя в такой ситуации?

Эмили *(кивает)*: Да.

Терапевт: Что вы видите?

Эмили: Кого-то, кто несчастен.

Терапевт: Что вы испытываете, когда представляете себя в воображении?

Эмили: Презрение.

Терапевт: Как вы чувствуете себя сейчас?

Эмили: Не так хорошо, потому что для того, чтобы визуально представить себя, я должна видеть себя. И мне не нравится то, что я вижу.

Терапевт: Насколько сильно чувство презрения?

Эмили: Очень сильное. Я считаю себя никчемной — за то, что не смогла справиться, и за то, что позволила собой воспользоваться.

Терапевт: Насколько сильно это чувство?

Эмили: Примерно девяти из десяти.

Терапевт: Итак, вы видите себя в этой ситуации. Отойдите в сторону, представьте, что это кто-то другой, а не вы. Другой человек в подобной ситуации; во всех других аспектах она точно такая же. То есть человек думает и чувствует то же самое, что вы думали и чувствовали раньше. Можете ли вы теперь направить чувства сострадания, терпимости и прощения, а также желание прикоснуться и утешить на этого воображаемого человека? Представьте, что вы проявляете к нему заботу и сострадание.

Эмили: Да, это легче сделать.

Терапевт: Сделайте это так хорошо, как сможете. Распространить такие чувства может почти любой, у кого были те же переживания, мысли и чувства, что и у вас. Вы можете их видеть. Он прокручивает все эти вещи в голове, заставляя себя плохо чувствовать, критикуя и сомневаясь в себе. Представьте, что направляете чувства поддержки и сострадания к этому человеку, воссоздаете их в собственном теле и сердце, расслабляете свое лицо, ощущаете это чувство настолько сильным, насколько можете, проявите его по отношению к этому человеку. Уловите желание прикоснуться или обнять этого человека, охватите его заботой и снисходительностью. Вы в состоянии уловить названные чувства?

Эмили: Да.

Терапевт: Продолжайте фокусироваться на чувствах, улавливая их в полной мере.

Эмили: Когда я думаю о себе, это прекращается.

Терапевт: Понятно. Давайте просто будем придерживаться того, что это не вы в данный момент, и сохраним чувства, погружаясь в них глубже. Обратите внимание, что снисходительность, доброта, забота становятся сильнее. Что вы замечаете?

Эмили: Я чувствую себя терпимее к человеку.

Терапевт: Как влияет на вас то, что вы становитесь более терпимой?

Эмили: Полагаю, мне спокойнее. И я хочу помочь.

Терапевт: И те чувства, действительно сильные ощущения заботы, распространяющиеся по сердцу и груди, всему телу, вы улавливаете их? Чувство желания прикоснуться и утешать?

Эмили: Это труднее уловить.

Терапевт: Ясно. Потратьте немного времени, пребывая с этими чувствами и распространяя их на человека, которого можете представить и который находится в той же ситуации, что и вы, испытывает тот же дистресс.

Эмили: Хорошо.

Терапевт: И пусть эти чувства становятся как можно более сильными, чтобы вы могли чувствовать, что они полностью проходят через вас, ваше тело — действительно мощные, переполняющие, сильные, когда вы направляете их к этому человеку.

Эмили: Хорошо.

Терапевт: Когда вы фокусируетесь на этих чувствах, что происходит?

Эмили: Они те же самые. Позитивные. Это нечто всеобъемлющее.

Терапевт: Сконцентрируйтесь на всеобъемлющем чувстве, пусть оно растет и развивается. Если мы вернемся назад, к тому человеку в трудной ситуации, что происходит?

Эмили (*качает головой*): Это не кажется правильным.

Терапевт: Ладно, отодвиньте эту мысль в сторону на мгновение и продолжайте фокусироваться на всепроникающих чувствах тепла, заботы, доброты, желания исцелить, — чувствах, распространяющихся от сердца. Делайте то, что вы уже проделали сегодня, фокусируясь на чувстве в вашем собственном теле, желании прикоснуться и утешать; сконцентрируйтесь на внутренних физических ощущениях доброты и мягкости, утешения, пусть они пребывают с вами в то время, когда вы фокусируетесь на образе другого человека в вашей ситуации.

Эмили (*робко*): Хорошо.

Терапевт: Продолжайте воссоздавать все те чувства, желание поддерживать, помогать и понимать, почему этот человек чувствует себя так, и быть более терпимой, ощущая, что названные чувства идут от сердца... Оценка и раздражительность сменяются заботой. Фокусируясь на лице человека, ощущая желание прикоснуться и утешать, позвольте этим чувствам расти и пребывать с вами.

Эмили: Хорошо.

Терапевт: Что происходит, когда вы это делаете?

Эмили: Хм... Немного лучше. Я могу визуализировать того человека, будто это я, до определенной степени и испытывать эти чувства к нему. Знаю, что это я, но когда физически вижу себя, все сложнее.

Терапевт: Итак, вы можете испытывать чувства, когда это вы, не видя непосредственно себя? Они все еще влияют на вас прямо сейчас? Испытываете ли вы симпатию к себе? Вы знаете, что передаете эти чувства самой себе? Как это влияет на вас?

Эмили: Трудно описать... Это мило. И приятно чувствовать.

Терапевт: Когда вы говорите, что это приятно, что замечаете? Сфокусируйтесь на чувствах доброты и сострадания, ощутите их так сильно, как можете.

Эмили: Такое чувство, что, вероятно, со мной все нормально. В определенной степени я заслуживаю сострадания, как и другие люди.

Терапевт: Просто пребывайте с этими чувствами и сконцентрируйтесь на них, исследуйте терпимость и то, что с вами все нормально. *(5-секундная пауза.)* Если вы сфокусируетесь на физических вещах, которые заметили раньше, таких как то, что позиция вашего тела раскрывается, можете ли вы создать это заново? *(Пауза.)* И сфокусируйтесь на тех чувствах, которые у вас были, когда расслаблялось лицо. Пусть оно смягчается и ощущения доброты, снисходительности распространяются от сердца на ваши руки и лицо; прочувствуйте их, сфокусируйтесь на них. По мере того как вы все больше вовлечены состраданием и терпимостью, распространите их на себя, погружаясь в эти чувства; на все ваше тело, чувства и мысли. Удерживайте это в вашем теле прямо сейчас. *(5-секундная пауза.)*

Эмили *(выглядит более расслабленной, менее напряженной)*: Да.

Терапевт: Откройте эти чувства для себя, обнимите себя внутренне, удерживая и утешая.

Эмили: Хорошо.

Терапевт: Что происходит, когда вы распространяете чувство сострадания на себя и погружаетесь в него? Как только вы начинаете испытывать это чувство, так сильно, как можете?

Эмили: Я чувствую себя менее неловко с собой.

Терапевт: Сконцентрируйтесь на чувстве большей снисходительности и терпимости к себе. Пусть оно распространяется, проходит через вас, так что вы становитесь снисходительнее, растворитесь в этом чувстве. *(Пауза.)*

Эмили: *(Кивает).*

Терапевт: Что происходит?

Эмили: Полагаю, чувства, которые я испытывала к другим людям, приходят ко мне. Ощущение каких-то физических изменений. Кажется странным, что я делаю это.

Терапевт: Чувствуете ли вы то чувство доброты, которое посылали другим людям?

Эмили: Немного. Не так сильно.

Терапевт: Какое ощущение у вас возникает от того, что есть это чувство?

Эмили: Приятно, утешительно, но грустно, потому что раньше у меня его не было.

Терапевт: Хорошо, что это приятно и утешительно. А грустно, потому что это нечто новое, новый шаг для вас. И если вы думаете о ситуации, которую представляли себе, когда размышляете обо всем этом, что происходит с испытываемыми чувствами?

Эмили: Ощущение, что мне нужно их отпустить, потому что они вредят.

Терапевт: А чувство презрения, которое вы испытывали к себе в той ситуации, что случилось с ним, когда вы сфокусировались на снисходительности и сострадании?

Эмили: Оно стало меньше для человека внутри, но не для физической меня. Немного лучше. Я чувствую себя добрее к себе.

Терапевт: Какой эффект это оказывает?

Эмили: Мир менее пугающий, уже не такое страшное место.

Терапевт: Подумав о ситуации, о которой мы говорили, когда у вас было презрение к себе, что с этим случилось?

Эмили: Оно обратилось в беспокойность и заботу.

Терапевт: Отличается ли это чувство от того, что вы испытывали к другим людям, с которыми мы практиковали? Это такое же чувство сострадания?

Эмили: Я очень сильно старалась испытать его. Это то же самое чувство, но менее сильное. Я чувствую, что они заслуживают этого больше, чем я. Мне придется над этим работать.

Терапевт: Как это отличается от того, что вы делали раньше?

Эмили: Это совсем другое. Проблеск мысли о себе, как о человеке, который мне нравится, а не как о человеке, который мне не нравится. Это как видеть себя тем, у кого есть недостатки, кто совершил ошибки, но кто прощен.

Терапевт: Когда вы начинаете так думать, какое влияние это оказывает на вас?

Эмили: Это успокаивает. Я чувствую, что можно открыться для будущего, будто я могу носить его с собой повсюду. Я чувствую себя спокойнее.

Терапевт: Как бы вы описали то, что сейчас чувствуете, сделав это упражнение?

Эмили: Кажется, это хорошая вещь, чтобы использовать. Да, я могу попробовать — есть желание попробовать и быть приятнее себе.

Терапевт: Мы видели, что это может дать достаточно сильный эффект для себя, как когда вы применяли это к другим людям. Вы могли бы держаться близких чувств и опираться на них?

Эмили: Я думаю, что это сработает, если я смогу распространить это чувство на себя.

Терапевт: А что происходит, когда вы обращаете чувство сострадания на себя?

Эмили: Ощущение, что все в порядке и я в порядке — в незначительной мере.

Терапевт: В какой-то мере это хорошее начало. Сегодня мы проработали довольно много сложных вещей. Что вы возьмете себе на заметку из этого?

Эмили: Желание больше заботиться о других людях и о себе.

Терапевт: Значит, есть ощущение, что вы не заботились о себе? Казалось, это было труднее всего.

Эмили: Да.

Терапевт: И чему вы можете научиться из того, что мы только что делали?

Эмили: Все должны быть добрее к себе.

Терапевт: А когда вы добры к себе, что происходит?

Эмили: Становится легче.

Терапевт: И это было довольно странно?

Эмили: Это действительно было довольно странно. Странно, что я удосужилась сделать это для себя. Что я поддерживала себя.

Терапевт: Если бы вы собирались начать с чего-то, чтобы быть более сострадательной в целом, где лучше всего начать это делать?

Эмили: Я не знаю... Начинать лучше с физических чувств или эмоций. Я могу начать с чувств, когда становлюсь раздраженной, и с вопроса, разумно ли раздражаться, есть ли у меня причина для этого?

Терапевт: Я думаю, что то, о чем мы говорим здесь, относится к тому, что вы практиковали сегодня — быть более сострадательной. И использовать это в качестве альтернативы одному из ваших триггеров руминации, например «становиться раздражительной». Звучит так, что, проявляя сострадание, вы говорите о себе более разумные вещи. Задействуется умственная сторона, отношение, что мы все — живые люди, и так далее. Но ощущения, физические чувства тоже важны. Что облегчит достижение этого?

Эмили: Практика.

Терапевт: И как вы относитесь к тому, чтобы это делать?

Эмили: Я нормально отношусь к этому и знаю, что это будет правильно в данном контексте, но я знаю и то, что собираюсь уйти и попробовать сделать это. Думаю, это эгоистично.

Терапевт: А если применить сострадание...

Эмили: К этой мысли?

Терапевт: К этой мысли. Что тогда?

Эмили: Да, это может показаться эгоистичным, но через такой процесс нужно пройти.

Терапевт: А что лишает эгоистичности?

Эмили: Если бы я делала это для кого-то другого, чтобы помочь окружающим. Но полагаю, вы можете смотреть на это, как если бы я становилась лучше или счастливее. Тогда я в более выгодном положении, чтобы помогать другим, делать их счастливыми. Ведь у меня есть собственный опыт, который можно использовать.

Терапевт: Это интересная идея. Что вы думаете об этом?

Эмили: Возможно, это хороший способ. Потому что это не я, я, я.

Терапевт: Вы говорите, что если почувствуете больше сострадания к себе, то будет легче сострадать другим людям, в то время как если вы все время ругаете себя, это труднее?

Эмили: Да.

Терапевт: Это похоже на эгоизм?

Эмили: Нет. Вот почему я думаю, что это может быть полезным способом взглянуть на ситуацию.

Терапевт: Итак, если вы будете придерживаться данной идеи, это может быть проще сделать. И когда вы практикуете сострадание, хорошая идея — практиковаться в обе стороны: сначала проявлять сострадание к кому-то другому, затем — к себе. Таким образом, вы неэгоистичны, потому что практикуете оба направления. Как это звучит?

Эмили: Хорошо, круто.

Терапевт: А с точки зрения практики, что вы думаете? Как часто?

Эмили: Я думаю, что надо связать это с контролем за собой, когда я расстраиваюсь и начинаю прокручивать все снова в голове.

Терапевт: Я согласен, звучит так, что было бы хорошо делать это в такие моменты. Но вам может понадобиться немного укрепить его ранее. Возможно, придется попрактиковать несколько раз, прослушав запись этой сессии.

Эмили: Хорошо. Вероятно, я могу добавить это к моей визуализации перед тем, как начну свой день, чтобы практиковаться ежедневно, а затем попытаться использовать это в течение всего дня, когда я вижу предупреждающий знак.

Терапевт: Звучит как отличный план.

Взгляд терапевта 4: ключевые пункты и размышления о сострадании

Из подробного диалога, приведенного выше, ясно, насколько сложно пациентам перейти к состраданию, ориентированному на себя. Кроме того, очевидны препятствия, которые могут возникнуть. Попытки самосострадания бывают заблокированы трудностями пребывания в эмпирическом безоценочном режиме обработки. Эмили переходит обратно в сравнительно-оценочный режим, чтобы принять перспективу наблюдателя и увидеть себя, избежав опасения по поводу того, что она недостаточно стоящая и не заслуживает чего-либо, чувствовать себя эгоистично, не чувствовать себя странно или неловко за доброту к себе.

Выводы, которые мы с коллегами сделали из наших первых попыток привить самосострадание, как показано в этом примере, включают в себя важность того, чтобы не торопиться с данной практикой, а организовывать ее медленно, маленькими шагами, и заранее подготовить иерархию. Одной из ошибок этой сессии был переход от практики сострадания к практике самосострадания. Теперь я рекомендую терапевтам больше практиковать первое и закрепить это, прежде чем переходить ко второму. Более четкая иерархия трудностей в проявлении самосострадания изучается с пациентом, прежде чем детально попробовать упражнение.

Также становится ясно, что индуцирование самосострадания работает лучше, когда пациент способен принять перспективу на местах, где опыт сострадания

воплощен и испытан им как иммерсивное внутреннее состояние, а не навязывается извне. В рамках этого диалога есть моменты, где так происходит, и это кажется полезным, но в других местах языковые формулировки относятся к представлению в воображении самой себя, что, в свою очередь, может подталкивать Эмили рассматривать происходящее с перспективы наблюдателя, и что кажется гораздо менее полезным. Когда Эмили увидела образы себя, это активировало ее самосравнение и самооценивание, исключая любые чувства сострадания. Терапевт мог бы заметить это раньше, работать над воплощенным опытом и быть более систематичным в поощрении этого. Накопленный опыт говорит о том, что это укрепляет создание сострадательного мышления.

Сильные стороны данной сессии: настойчивость в пребывании с опытом сострадания; повторяющиеся подробные подсказки по нескольким аспектам полного холистического опыта; креативные попытки обойти блоки для полного вовлечения в сострадание, переключившись к альтернативным образам; связь опыта сострадания с предупреждающими знаками и сигналами (планы «если... то...»); многократная проверка опыта и обратная связь; упражнение не заканчивается, пока Эмили не добилась некоторого прогресса и не получила позитивной опыт; укрепление позитивного опыта и связывание его с текущими практическими планами. Например, когда Эмили впервые попыталась быть самосострадательной и у нее не получилось, мы видим наглядный пример того, что она в состоянии думать о сострадании интеллектуально, но не может соединиться с ним эмпирически или эмоционально. Это подчеркивает ценность помощи пациенту пребывать с опытом, а также сложность взаимодействия с этим опытом. Терапевт в тот момент решил вернуться к чувству сострадания к другому человеку (ее лучшей подруге), чтобы возбудить нужные чувства и вернуться в более позитивное состояние, как потенциальную отправную точку для возвращения в практику самосострадания. Затем он искал способ постепенно развить у Эмили чувство самосострадания более простыми шагами, которые сразу не активировали оценивание себя. Он попросил ее представить себе другого человека, переживающего точно такую же ситуацию, что и она, и проявить сострадание к безликому аватару, прежде чем переносить его на себя.

Блокирующая роль образа самой себя была подчеркнута опытом видеть себя. Однако упорной работой удалось достичь небольшого, но осмысленного первого проявления самосострадания. Другие потенциально лучшие способы нарастить самосострадание — развивать внутренний воплощенный опыт сострадания, который избегает наблюдаемого «Я», и воображать себя более молодым человеком. Это тоже может быть полезным при развитии совершенно новых

образов, которые олицетворяют сострадание, как утверждается в рамках обучения сострадательному разуму (Gilbert, 2009).

Постепенные небольшие изменения и повторяющаяся практика имеют решающее значение для возникновения самосострадания. Сессия продолжительностью почти два часа была необходима для достижения позитивной конечной точки. Я не рекомендую пытаться делать это в рамках более короткой сессии, по крайней мере на начальном этапе терапии. Хотя был достигнут лишь небольшой проблеск сострадания, он важен, когда у пациентов очень ограниченный подобный опыт. Этот прорыв затем усиливается и закрепляется повторяющейся практикой, например, когда пациент слушает аудиозапись терапевтической сессии, чтобы воссоздавать опыт каждый день до следующей сессии. Также полезно дать больше отзывов Эмили о том, как усердно она работала, и подчеркнуть, что даже небольшой шаг здесь — большой прогресс. Терапевт также может внушить мысль о том, что все трудности — потенциальные зерна для мельницы, где сострадание может быть применено к любому препятствию по мере его возникновения.

Ценности

Фокусирование внимания на личных ценностях пациента может быть важно как для вовлеченности, так и для сострадания. Под ценностями я подразумеваю направление, которому пациент хочет следовать в жизни. Ценности отличаются от целей тем, что цели имеют конечные точки, которые могут быть достигнуты. Выйти замуж, пройти тест или получить работу — это разные цели. Ценности не бывают окончательно достигнуты; можно только привести свои действия в соответствие с ценностями или двигаться в направлении, совместимом либо не совместимом с ценностями. Например, быть честным или иметь более близкие отношения — это ценности.

Попытки вовлеченности и сострадания, скорее всего, будут успешными, когда они согласуются с глубинными ценностями пациента, например, когда попытка погрузиться включает в себя заботу пациента о природном мире или когда возрастающее сострадание затрагивает желание пациента быть более внимательным. Связывание упражнений и планов с ценностями — средство мотивации и консолидации пользы от упражнений. Более того, то, что пациент находит вовлекающим, помогает понять, какие у него личные ценности. Пациенту трудно заниматься деятельностью, которая не охватывает то, что для него важно.

Когда мы спрашиваем пациентов об их личных ценностях, появляются общие темы. Типичные ценности включают в себя близость к окружающим, близость к природе, личностный рост, доброту, честность, обучение, внимательность, отзывчивость, юмор, свободу, заботу об окружающей среде. Личные ценности часто отражают нравственные и социальные качества. Это интересная антитеза большей части содержания депрессивной руминации, которая сфокусирована на оценочном и сравнительном мышлении о достижениях, компетентности, материальном успехе и статусе, которые несколько расходятся с личными ценностями, описанными выше. Похоже, руминация часто касается интернализованных и интроспективных ценностей от других, связанных с тем, чтобы отношения складывались хорошо, «не отставать от Джонсов», не подводить других, не разочаровывать и другими культурно поддерживаемыми ценностями. Бывает полезно побудить пациентов определиться с собственными ценностями и рассмотреть, как их действия и ситуация связаны с ними, поскольку это часто устраняет ненужные руминации. Например, пациент, руминировавший о том, какое у него плохое финансовое положение, и о трудностях на низкооплачиваемой работе, что заставляло его чувствовать себя неудачником, определил, что близость к другим имеет для него наиболее важную ценность. Когда он анализировал себя на предмет этой ценности, дела шли гораздо лучше — близкие и приятные отношения с партнером и детьми. Переориентация на ценности устранила руминацию.

Вероятно, полезно сфокусироваться на ценностях, которые важны для пациента, при попытке изменить поведение. Эти ценности могут улучшить мотивацию, увеличить вероятность реализации изменений и максимизировать преимущества любого целенаправленного поведения. Мы не просто хотим, чтобы люди попадали в «позитивные» ситуации или увеличивали произвольно выбранную деятельность, которая обычно считается подкрепляющей. Чтобы получить максимальную пользу, мы хотим, чтобы пациенты сфокусировались на собственной ценности в рамках задачи и обратились к тем элементам ситуации, которые представляют для них наибольшую ценность.

Чтобы спросить пациента о его ценностях, я нашел полезными следующие вопросы:

Что для вас важно?

Какие ценности придают смысл вашей жизни?

Какие ценности делают деятельность стоящей?

Что определяет цель вашей жизни?

О чем вы мечтаете, желая, чтобы это произошло?

Терапевт также спрашивает пациента, на что он обращает внимание, когда чувствует себя наиболее вовлеченным и заинтересованным в задаче или когда задача кажется позитивной и значимой. Такие вопросы дают представление о том, что человек ценит.

Полезные вопросы:

- Можете ли вы вспомнить моменты, когда были вовлечены в процесс чего-то?
- На что вы тогда обращали внимание?
- Какие аспекты процесса были значимы для вас?

Как только терапевт и пациент вместе установили ценности, которые наиболее важны для последнего, полезно попросить пациента представить себе выполнение плана и сфокусироваться на его аспектах, которые он ценит. Представление чувства ценности, возникающего в результате деятельности, помогает мотивировать пациента к осуществлению плана.

Терапевт задает следующие вопросы:

- Какие качества и ценности, которые вам дороги, вы можете привнести в настоящий момент, чтобы получить удовлетворение?
- На каком процессе, который вы цените, вы можете сфокусироваться в этой ситуации?
- Как бы вы действовали, если бы шли в направлении этих внутренних ценностей?
- Чем бы вы занялись, если бы действовали в соответствии с вашими собственными ценностями?

Эти последние вопросы о действиях в направлении ценностей могут быть особенно полезны для того, чтобы держать пациентов на правильном пути в долгосрочной перспективе и для привлечения их к более полезным действиям.

Например, один пациент так сильно фокусировался на том, как плохо все сделано, когда он шел репетировать в пьесе, что у него не было положительного настроения от занятия. Мы поняли: то, что он ценит, — изучение чего-то нового,

поэтому запланировали, что он попытается сфокусироваться на том, какие новые вещи мог бы узнать на следующей репетиции. Благодаря смещению в перспективе этот пациент нашел репетицию более приятной и вовлекающей.

Данный подход весьма эффективен для максимизации ПА. Это также помогает снизить руминацию, так как триггером для нее может послужить то, что люди чувствуют, что делают что-то не так хорошо, как следовало бы. Иногда, давая оценки, они игнорируют свои ценности, и если меняют мышление, чтобы включить свои ценности, то видят, что у них все в порядке. «Как вы продвигаетесь в реализации своих ценностей?» может быть полезным вопросом. Поощрение пациентов к работе в направлении своих ценностей, вероятно, уменьшит их продолжающуюся депрессию и руминацию. Это помогает сориентировать пациентов на то, чего они хотят достичь, одновременно понижая давление, возникающее из-за наличия конкретной цели. На самом деле невозможно потерпеть неудачу в ценности — человек либо приближается к ней, либо отдаляется от нее.

Часть III. Применение и расширение скриптов

Глава 12. Кейс СРКПТ от начала до конца

В этой главе сведены воедино все элементы, описанные выше, на примере Стивена (обобщенный кейс) — с изложением его биографии, формулировок и посессионных действий. Я поделил описание посессионных действий на два раздела: первичная оценка, обоснование и ФА (сессии 1 и 2), за которыми идут остальные сессии, включающие в себя более активные интервенции, представление «если.., то...»-планов на случай непредвиденных обстоятельств, поведенческие эксперименты, визуализации и увеличение целенаправленного поведения (сессии 3–10). Это разделение не отражает различия в терапии, поскольку ФА и интервенции используются на протяжении всей терапии. Скорее, оно применяется, чтобы дать читателю возможность подумать над потенциальными формулировками и планами терапии, прежде чем рассматривать формулировку терапевта и фактическое лечение.

Предпосылки возникновения болезни, история болезни и развитие болезни, а также подробные примеры, основанные на недавних эпизодах руминации, были собраны в ходе детальной оценки во время первых нескольких сессий терапии.

Первичная оценка: сессии 1 и 2

Стивен — 30-летний мужчина, работающий в СМИ, обратился за помощью к психотерапевту из-за длительного эпизода депрессивного расстройства. Терапевт рассмотрел его текущие симптомы, предшествующий опыт и недавнее прошлое, используя вводные вопросы из главы 4. Стивен живёт один в собственной квартире. Он сообщил о рецидивирующей депрессии, по крайней мере с тремя предыдущими эпизодами депрессивного расстройства в возрасте до 20 лет, включая серьезную попытку самоубийства, связанную с передозировкой обезболивающих. Последний эпизод начался два года назад, после стрессового периода на работе, а затем — периода, когда он был на больничном. Стивен надеется вернуться к работе в формате неполного дня. На вопрос о текущих симптомах он сообщил о чрезвычайно высоких уровнях руминации и чрезмерной обеспокоенности (оценка в опроснике стиля реакции [RSQ] = 83), высоких уровнях депрессии (оценка 18 по шкале депрессии Бека [BDI]), тревожности и плохой концентрации. А кроме того, что чувствует себя переполненным руминацией о своих трудностях и жизни, тратя большую часть времени на размышления о неудачах и проблемах. Больше всего его беспокоило то, что он не зарабатывает достаточно денег и что неуспешен в профессии. На вопрос терапевта о его целях в терапии Стивен ответил, что хочет стать более

уверенным, меньше беспокоиться и чувствовать себя лучше в собственной шкуре.

Терапевт опросил Стивена, чтобы выяснить, является ли руминация для него серьезной проблемой. После обсуждения ее влияния, отметив, что она усугубила тревогу, депрессию, низкую самооценку и плохую концентрацию, Стивен и терапевт оба согласились с тем, что руминация будет хорошей мишенью для терапии. Установив это главное направление, терапевт запросил дополнительную информацию о предыстории руминации Стивена на примерах недавней руминации (см. вопросы в главах 4 и 6).

Он начал с того, что спросил о совокупном опыте руминации Стивена: когда и где она, как правило, происходила; на чем пациент склонен заикливаться, а также о предшествующих событиях и следствиях его руминации. Стивен сообщил, что он руминировал почти каждый день в течение нескольких часов, и что он часто руминировал, когда не был занят, когда лежал в постели утром и ночью, и что ему было трудно заснуть. Распространенные ситуации, когда он начинает руминировать, включают те, когда он конфликтовал с другим человеком и должен был самоутвердиться или когда он чувствовал себя не-уверенно и высказывал негативные суждения о себе, например, когда видел людей, которые выглядели более успешными, чем он. Его руминация часто была о том, как он реагировал на других людей и как сталкивался с ними (например, «Я слишком остро реагирую?»; «Следует ли мне жаловаться?»; «Я неразумно себя веду?»; «Что он думает обо мне?»; «Что это говорит обо мне?»; «Я слишком чувствительный?»), в том числе заикливался на своих проблемах и чувствах (например, «Почему я не могу быть более способным?»; «Почему я всегда так себя чувствую?»; «Почему не становится легче?»). Вследствие его руминации он часто чувствовал себя хуже, был более подавленным и менее уверенным.

Затем терапевт спросил об истории руминации Стивена и попросил вспомнить, когда это началось. Стивен сообщил, что руминирует с раннего возраста, «с самого раннего возраста, в котором он себя помнит». Он рассказал, что у него было несколько ранних тревожных воспоминаний, которые вторглись в его сознание. Они касались опасений, что у него будут проблемы со своими родителями, которые были строгими и имели очень высокие стандарты, например, беспокоился о том, как бы отре-агировал его отец, когда увидел бы оценки Стивена, полученные в школе, и будет ли он наказан за то, что не получил достаточно хороших оценок.

Терапевт также спросил Стивена об опыте общения с родителями, как они относились к нему и о том, возможно ли, что он научился руминации от матери или отца. Стивен сообщил, что его мать страдала от тревожности и всегда

беспокоилась о том, что подумают другие. Своего отца он описал как очень злого, агрессивного, сурового и критичного человека, у которого были очень высокие стандарты; он часто приходил в ярость, когда что-то делалось не так, как он хотел или ожидал. Как человека, который легко злился и был очень вспыльчивым; когда он злился, орал и кричал, позволял себе словесные оскорбления в очень обидной и презрительной манере, причем иногда это перерастало в физическую агрессию. Если Стивену удавалось спрятаться и оставаться незаметным в детстве, он не расстраивал отца и избегал его гнева. Будучи ребенком, он не знал, когда отец собирается нападать или критиковать его или мать.

Основываясь на данной первичной оценке, терапевт обсудил со Стивеном персонализированное обоснование того, почему он может руминировать и как терапия может быть полезна (см. главу 5). Терапевт отметил, насколько нормально руминировать о сложных ситуациях, чтобы попытаться осмыслить их и избежать неприятностей, и как можно научиться руминации, ставшей постоянной привычкой в конкретных обстоятельствах. Он высказал предположение, что есть смысл в том, что Стивен выучил руминацию как привычку, потому что у него была мать, которая смоделировала для него беспокойство, и непредсказуемый и агрессивный отец. Терапевт обсудил со Стивеном, как он, вероятно, тратил много времени на размышления о том, что могло спровоцировать отца, и это стало компенсаторной стратегией, чтобы избегать неприятностей. Они вместе согласились с тем, что это, скорее всего, была эффективная стратегия в действовавшей сложной ситуации. Терапевт поднял вопрос о возможности того, что данная реакция могла быть переучена, так что Стивен теперь сомневался и переоценивал реакции других людей в других ситуациях, где это может быть бесполезно. Терапевт представил идею, что терапия способна помочь Стивену, научив его заменять руминативную привычку более полезными привычками. Это будет включать в себя выявление предупреждающих знаков для руминации и поиск альтернативных стратегий для практики. Терапевт проверил, имеет ли это смысл для Стивена и готов ли он попробовать этот подход. Стивен сказал, что хочет справиться с руминацией, и надеется, что терапия окажется полезной.

Затем терапевт подробно исследовал со Стивеном конкретный недавний эпизод его руминации, рассматривая то, что произошло момент за моментом, с обоснованием того, что это поможет им обнаружить предупреждающие знаки и подумать об альтернативных стратегиях. Стивен сообщил, что за несколько дней до этого он начал чувствовать себя напряженным, когда почувствовал, что друг воспользовался им. Он одолжил своему другу немного денег, когда финансовые дела шли лучше, и его друг только что позвонил ему, чтобы сказать, что не

собирается возвращать деньги в условленное время. Первым признаком, который заметил Стивен, было чувство напряжения в плечах и руках. За этим последовала цепочка мыслей типа: «Когда я получу их назад?»; «Сколько времени это займет?»; «Должен ли я жаловаться ему?»; «Почему он так ко мне относится?»; «Почему он не честен в этом?» По мере того как руминация продолжалась, он злился, чувствуя себя напряженным, раздраженным, возбужденным и разгоряченным. Затем появилась серия мыслей о том, что он зол, такие как: «Что, если я потеряю контроль?»; «Жалобы могут усугубить ситуацию и перерасти в спор или конфронтацию»; «Я могу выйти из себя». В качестве реакции на эти мысли Стивен старался быть разумным, и у него появился ряд мыслей типа «Могло быть и хуже. Я не-справедлив» и «Я слишком остро реагирую». Эта попытка быть разумным переросла в самокритичное руминирование. Стивен начал чувствовать себя грустно и самокритично. По мере продолжения руминации эти чувства и мысли обострились и стали более категоричными: «Я — слабак»; «Я — трус»; «Я — тряпка». Он описал, что чувствовал себя все более депрессивным по мере продолжения приступа руминации. Его мысли стали более негативными, поскольку руминация продолжалась, фокусируясь на его чувстве бессилия. Пока она продолжалась, Стивен сообщал, что чувствует себя безнадежным, бессильным и уставшим. Этот приступ продолжался несколько тревожных часов, пока Стивен не решил, что разумно быть ассертивным. В этот момент он позвонил другу и попросил вернуть ему часть долга. После детального обсуждения ситуации друг согласился вернуть часть денег в течение следующей недели.

Терапевт кратко изложил этот подробный пример Стивену, подчеркнув, что он указывает, насколько руминация бесполезна для Стивена и что она способствовала его чувству подавленности. Терапевт также высказал предположение, что положительный ответ друга указывает на то, что несколько часов руминирования, возможно, были излишними, и Стивену может быть полезно найти способы уходить от руминации и быстрее приступать к активному решению проблемы. Он также проверил, был ли этот паттерн реакции типичным для того, как Стивен руминировал, и часто ли это происходило, когда он чувствовал раздражение. Стивен подтвердил, что именно так обычно и реагировал. Терапевт показал, как этот пример свидетельствует о том, что напряжение и раздражительность могут быть предупреждающими знаками для руминативной привычки Стивена. Он также использовал это, чтобы проиллюстрировать, как Стивен иногда предпринимал эффективные действия — в данном случае разговаривал со своим другом, — и что терапия будет искать способы сделать так, чтобы это происходило чаще и систематичнее, основываясь на собственном опыте Стивена.

В качестве домашней работы на этих начальных сессиях Стивену дали раздаточные материалы по руминации и самоконтролю (Раздаточный материал 1 «Основные факты о руминации»; Раздаточный материал 4 «Самоконтроль») для чтения, попросили прослушать аудиозапись сессии терапии до следующей сессии и призвали заполнить формы самоконтроля руминации (Раздаточный материал 5 «Отслеживание руминации и избегания»; Раздаточный материал 6 «Форма записи эпизодов руминации»).

Во второй сессии Стивен привел еще один пример руминации, произошедшей на той неделе (см. заполненную форму записи эпизода руминации Стивена на рис. 12.1). Терапевт подробно рассмотрел этот пример, чтобы увидеть, как он развивался от момента к моменту. Стивен откладывал разговор с менеджером о том, чтобы вернуться на работу на неполный день, потому что у него были опасения по поводу того, что его считают неуклюжим человеком, и о том, как отреагирует менеджер. В ожидании Стивен начал с планирования того, как собирается это сделать, например когда позвонить менеджеру и что сказать. Однако за этими мыслями быстро последовали абстрактные мысли и вопросы о значении и последствиях звонка, такие как: «Как на меня будут смотреть?»; «Разумно это или нет?»; «Подумает ли он, что я пытаюсь понять, сколько мне сойдет с рук?». Вслед за этими вопросами в его голове возник образ менеджера, рассерженного на него, что привело к серии вопросов типа «почему», таких как «Почему это так трудно?»; «Почему я не могу уладить этот вопрос?»; «Почему я не могу быть более способным?», за которыми следуют отрицательные сравнения с другими людьми.

Стивен представлял других сильными и способными, но себя считал неудачником. По мере того как продолжался этот приступ руминации, он становился все менее мотивированным и сдался. Терапевт рассмотрел этот эпизод со Стивеном и исследовал, как он начал с попытки решения проблем, но его мысли были затем захвачены абстрактным мышлением о смыслах и последствиях, с фокусом на его собственной уязвимости. Этот пример был использован для того, чтобы подкрепить идею о том, что напряжение может быть предупреждающим знаком для руминации Стивена, что его размышления часто были связаны с тем, что подумают о нем другие и как они отреагируют на него, и что есть возможность продолжать решать проблемы, а не застревать в руминации.

Каждую неделю в течение нескольких недель Стивен заполнял форму записи эпизодов руминации. Она рассматривалась и обсуждалась с терапевтом каждую сессию — с изучением особенностей его руминации. Было выявлено, что большая часть руминации заключалась в анализе смысла ситуаций или проверке

действий (мысли типа «почему» и «что это значит»), а не в фокусировании на разрешении проблем (мысли типа «как»).

В остальной части этой главы кратко излагается фактическое лечение, полученное Стивеном. Сравните то, что вы запланировали, с полученной им СРКПТ.

Дата	Время	Что произошло непосредственно перед тем, как началась руминация?	Как вы себя чувствовали и до этого?	Продолжительность	О чем вы думали?	Какие были последствия руминации для настроения и действий?	Что остановило руминацию? Что вы попытались сделать, чтобы ее остановить?
Вторник	10 утра	Дома, размышление о том, чтобы позвонить менеджеру для обсуждения вопроса возвращения на работу на неполный рабочий день	Тревожный, напряжение в плечах	3 часа	Беспокоился о том, чтобы меня не считали неловким человеком, начал строить планы, думал о том, как бы меня восприняли: «Разумно это или нет?»	Быть в плохом настроении, меньше мотивированный, сдаться	Она продолжалась часами

Рис. 12.1. Форма записи эпизодов руминации, заполненная Стивеном

Самопроверка: ФА и формулировка руминации для Стивена

Используйте эту информацию, чтобы создать первичную формулировку, принимая во внимание, что ваша цель — определить antecedents и следствия руминации, а также потенциальных модераторов и предположить возможные функции для руминации.

Полезные вопросы для размышления:

- Что происходит перед руминацией?

- Указывает ли это на возможные изменения в среде или поведении пациента, чтобы уменьшить сигналы для руминации?
- Что происходит после руминации? Каковы ее последствия?
- Как руминация могла развиваться?
- Как эти знания могут способствовать обоснованию, данному пациенту?
- Что это говорит о возможных функциях руминации?
- Как я могу в дальнейшем проверить эту гипотезу?
- Какая еще информация мне нужна? Что мне следует по-дробнее проверить при обсуждении конкретных примеров?
- Какие следующие шаги могут стать возможными вариантами для интервенций?

Смотрите вторую врезку на странице 426 с формулировкой, подготовленной терапевтом Стивена.

Самопроверка: варианты планирования лечения для Стивена

Основываясь на приведенной выше информации, подумайте, какие компоненты лечения может включать ваша интервенция для Стивена.

Следующие вопросы полезны для вашего размышления как терапевта, чтобы определить формулировку и планирование лечения:

- Какие возможные внешние модераторы среды влияют на частоту, продолжительность или полезность его руминации?
- Какие возможные поведенческие или психические модераторы у Стивена влияют на частоту, продолжительность или полезность его руминации?
- Какие поведенческие эксперименты могут быть информативными и терапевтически полезными для проведения на сессии?

- Какие следующие шаги могут стать возможностями для интервенции?
- Какой мониторинг может быть полезен Стивену?
- Какие изменения в среде и распорядке могут прервать сигналы к руминации?
- Какое хорошее альтернативное поведение ему можно было бы практиковать в рамках «если..., то...»-плана?

Смотрите врезку на странице 427 с вариантами планирования лечения, подготовленными терапевтом Стивена.

ФА и формулировка руминации для Стивена

Антецеденты и триггеры: Первым делом утром, когда он просыпается; когда не занят или ничего не запланировано; чувство неуверенности; любая ситуация, приводящая к негативным сравнениям с другими, например встречать людей, которые более успешны; потребность самоутвердиться с другими (например, со своим другом), чувство раздражения или злости.

Следствия: Чувство подавленности и бессилия, напряжения; избегает ассертивных действий (например, жаловаться); действовать становится труднее; более депрессивный и усталый; менее сердитый; менее мотивированный.

Темы: Беспокойство о том, чтобы расстроить людей; обеспокоенность по поводу того, что он неразумный человек; беспокойство по поводу того, что он становится слишком злым; сравнивает себя с другими.

Предполагаемые функции: Сдерживание гнева; избегание злости на других; избегание выражения чувств; проверка, уместно ли его собственное поведение; избегание негативной реакции окружающих; попытки разобраться в «логике» мира, чтобы избежать наказания; желание «разобраться во всем» в голове.

Другое избегающее поведение: пытается блокировать и подавлять расстраивающие опасения и эмоции; старается быть максимально незаметным (стратегия из детства).

Варианты планирования лечения для Стивена

Какие возможные внешние модераторы среды влияют на частоту, продолжительность или полезность его руминации? Руминация Стивена, видимо, ухудшается, когда ему приходится быть напористым; когда он сталкивается с ситуациями, порождающими негативные сравнения; когда он подвержен раздражению и когда не занят. Многие из этих ситуаций зависят от других людей, поэтому могут не поддаваться изменению среды.

Какие возможные поведенческие или психические модераторы Стивена влияют на частоту, продолжительность или полезность его руминации?

Переход от сосредоточения внимания на активном решении проблем к вопросу «почему?», проведению сравнений и обдумыванию последствий, видимо, является важным фактором продолжительности и полезности его руминации. Степень его гнева и раздражительности, вероятно, замедляет частоту и продолжительность руминации.

Какие поведенческие эксперименты могут быть информативными и терапевтически полезными для проведения в ходе сессии? Было бы полезно провести эксперимент «почему — как», чтобы сравнить разные стили мышления. Полезно сравнить целенаправленные и избегающие реакции на гнев и раздражение (например, сравнить ассертивность и подавление себя). Сравнение случаев, когда Стивен проявлял сострадание, а не критику по отношению к себе, может быть полезно для определения альтернативных способов реагирования при столкновении с ситуациями, которые вызывают негативные сравнения с самим собой.

Какие следующие шаги могут стать возможностями для интервенции?

Возможные интервенции включают в себя обучение Стивена релаксации как альтернативному средству сдерживания гнева; поощрение ассертивности для сокращения числа ситуаций, вызывающих раздражительность; обучение конкретности для уменьшения абстрактного «почему»-мышления и

улучшения навыков разрешения проблем; сострадание, чтобы противостоять негативным сравнениям себя.

Какой мониторинг может быть полезен для Стивена? Стивену было бы полезно заметить любые дополнительные предупреждающие знаки для руминации, чтобы проверить гипотезу о том, что раздражительность является ее триггером.

Какие изменения в среде и распорядке могут прервать сигналы к руминации? Поиск способов увеличить количество занятий, чтобы он был сильнее занят, может прервать руминацию.

Какое хорошее альтернативное поведение ему можно было бы практиковать в рамках «если..., то...»-плана?

Релаксация, асертивность, конкретность и сострадание — потенциальные альтернативные стратегии руминации.

Краткое изложение лечения Стивена: сессии 3–10

Сессия 3. ФА для изучения роли руминации и изменения непредвиденных обстоятельств среды

Основываясь на оценках, проведенных в ходе первых двух сессий, терапевт выдвинул гипотезу, что одной из основных функций руминации было уменьшение гнева и предотвращение негативных реакций других людей. Стивен и терапевт оба согласились с тем, что большая часть руминации связана с попыткой сдержать гнев, как показано в одном из примеров, обсуждавшихся на сессиях 1 и 2. Было решено, что важно продолжать следить за руминацией и ранними предупреждающими знаками, поскольку их выявление является первым шагом в изменении привычки. Терапевт работал со Стивеном, чтобы определить потенциальные триггеры для руминации в окружающей его среде, например то, что он не чувствует себя достаточно умелым, или отсутствие занятости. Терапевт искал возможные непредвиденные обстоятельства среды, которые вызвали руминацию и которые относительно просто изменить. Стивен и терапевт вместе работали над поиском эффективных способов решения проблем, связанных с тем, что он не был занят, и его ощущением, что он недостаточно квалифицирован. Стивен ранее выполнял некоторую добровольную работу для благотворительной организации, используя свои навыки в области

информационных технологий и веб-разработки, и нашел это вполне удовлетворяющим. В качестве меры по решению проблем он планировал заняться благотворительностью, чтобы сократить свободное время, одновременно наращивая свое рабочее время. Этот подход успешно повысил его активность и улучшил чувство профессионализма. А это укрепило уверенность в том, что он вернется к работе. Мониторинг руминации и симптомов каждую неделю показывал, что данная интервенция дала положительный эффект.

Сессия 4. Изменение стиля мышления и представление «если.., то...»-планов

Признавая из своей работы на сессиях 1 и 2 и из форм мониторинга Стивена, что тот часто переходил к абстрактному мышлению, а не к решению проблем, терапевт продолжил изучать различия в стиле мышления. Понимание того, насколько попытки разрешения проблем были захвачены этими абстрактными опасениями, указало на ценность использования более полезных вопросов для продолжения решения проблем. Поведенческий эксперимент «почему — как» был использован для выявления эффектов перехода от абстрактного стиля мышления к конкретному (см. главу 9). Стивену стало очевидно, что конкретный стиль мышления типа «как» был более адаптивным и эффективным, что вызывало у него большее чувство контроля и улучшало решение проблем. Стивену было рекомендовано попрактиковаться в том, чтобы задавать полезные вопросы «как», когда он сталкивается с предупреждающими знаками для своей руминации, такими как напряжение. Терапевт также исследовал функцию вопросов типа «почему», изучая, что Стивен приобрел, задавая их. Оказалось, что он задавал эти вопросы, чтобы попытаться выяснить, предъявлял ли он разумные или необоснованные требования к другим людям. Терапевт представил идею «если.., то...»-планов, и был составлен «если.., то...»-план для домашнего задания Стивена: если я замечу, что становлюсь напряженным, то задам себе вопросы типа «Как я могу разрешить эту проблему?».

Сессия 5. Консолидация планов действий на случай непредвиденных обстоятельств и повышение конкретности

Основой стал эксперимент «почему — как». Следующий шаг был двояким: во-первых, ввести более ориентированные на действия вопросы, чтобы не упустить возможность решения проблем, а во-вторых, чтобы еще больше диспутировать идею о том, что вопросы типа «почему» были полезны как средство выработать реакцию на других людей. Терапевт начал со обсуждения со Стивеном относительных плюсов и минусов «попыток разобраться в своих мыслях», по

сравнению с «разобраться с действием». Была рассмотрена необходимость баланса мысли и действия: вероятно, полезно продумать все полностью, но мышление бесполезно, если оно ведет только к большему мышлению; чтобы быть более полезным, мышление должно вести к действию. Кроме того, терапевт высказал предположение о том, что опробование чего-либо в реальном мире может быть более эффективным и дает больше возможностей для обучения, чем просто обдумывание чего-либо снова и снова.

В качестве дальнейшего поведенческого эксперимента для проверки этих идей терапевт и Стивен составили план, согласно которому Стивен должен быть более прямым и ассертивным, чтобы увидеть, что произойдет. Это отвлекло его от попыток разобраться в своих мыслях с их избегающей функцией и привело к сознательному подходу к проблемам в реальном мире. Например, Стивен провел несколько часов, расстраиваясь из-за того, что его друг не отдал ему долг, руминируя об этом, думая «Достаточно ли это плохо, чтобы жаловаться?» и принимал себя за то, что сверхчувствителен. После нескольких часов дистресса и самокритичных размышлений он в конце концов обратился к другу и получил деньги обратно. Поведенческий эксперимент состоял в том, чтобы сравнить ожидание и обдумывание происходящего с тем, что произойдет, если он прямо заявит о себе в течение 15 минут после того, как его друг поднял другой вопрос. Вместе терапевт и Стивен делали прогнозы обо всех различных вещах, которые могли произойти, и оценивали их вероятность. В конце концов Стивен обнаружил, что предпринятые быстрые действия со своим другом были более полезными и без каких-либо недостатков, связанных с руминацией обо всем снова и снова.

Параллельно с поведенческим экспериментом терапевт еще больше использовал вопросы типа «как» направленных на выяснение того, как лучше достичь целей. При столкновении с проблемой Стивена обучили использовать следующие вопросы: «Это полезная мысль? Это эмоционально полезно? Это полезно для меня? Что я могу практически сделать? Чего я хочу от этой ситуации? Как я могу двигаться вперед к своей цели?» В частности, Стивен неоднократно практиковал замену вопросов типа «почему» на вопросы типа «как», которые были адаптированными версиями его вопросов типа «почему» (например, вопрос «Почему это не может быть проще?» заменили на «Как я могу сделать это проще? Как мне это облегчить?»). Он делал это в качестве реакции на свои предупреждающие знаки руминации, такие как раздражительность или проведение негативных сравнений себя и других.

Стивену также было рекомендовано сфокусироваться на мыслях и поведении, поощряющих действовать скорее раньше, чем позже. Терапевт поощрял экспериментальный подход к сбору информации и рекомендовал

Стивену рассмотреть преимущества прямой обратной связи для себя и других. Например, терапевт и Стивен исследовали, может ли прямое реагирование на других и активные попытки делать что-либо на практике сделать его суждения более ясными. Стивена спросили: «Как вы научитесь лучше справляться с этим без обратной связи?» Чтобы закрепить преимущества поведенческого эксперимента, терапевт призвал Стивена (1) сознательно искать дальнейшие возможности практиковаться в том, чтобы быть более ассертивным, и (2) создать возможности для тестирования чего-либо непосредственно в реальном мире в качестве альтернативной руминации стратегии. Были определены конкретные примеры, которые появятся в течение следующих недель, и были составлены планы по практике ассертивности (например, сделать запрос своему менеджеру и записать результат).

Сессии 6 и 7. Поиск функциональных альтернатив руминации

Опасения Стивена по поводу того, что его поведение неразумно, были центральной причиной того, что вызвало руминацию и избегание. Его руминация, видимо, выполняла функцию проверки — разумно поведение или нет. Исходя из данной формулировки, логичным следующим шагом был поиск эффективных альтернатив для разрешения проблемы. Это включало поиск способов диспутировать идею о том, что поведение Стивена было неразумным, и нормализовать его в сравнениях с другими. Терапевт провел эксперименты, чтобы протестировать идею о том, что раздражаться — нормально и что другие люди намного чаще испытывают раздражение к окружающим, чем считает Стивен. Терапевт предложил ему несколько альтернативных вопросов, которые он мог бы попробовать в социальных ситуациях: «Действительно ли важно, что думает этот другой человек?»; «Что самое худшее могло бы произойти?»

После изучения его опыта и экспериментов стало ясно, что главным страхом для Стивена было то, что он похож на отца, что его характер неконтролируемый и что если он разозлится, то потеряет контроль и будет вести себя отвратительно и агрессивно. Его руминация ослабила чувство гнева и, как предполагалось, функционировала, чтобы избежать его превращения в пугающего «я» (то есть злого и неконтролируемого). Поскольку это являлось аверсивным состоянием для Стивена, руминация была негативно подкреплена, хотя это и заставило его чувствовать себя подавленным. Таким образом, терапевт пришел к выводу, что функциональная альтернатива контролю над своим гневом должна строиться на основе ФА.

С учетом этого Стивена обучали прогрессивной мышечной релаксации с использованием упражнений на дыхание и во-ображение в сессии 6. Используя

обычный формат прикладной релаксации, он практиковал использование релаксации два раза в день и в качестве реакции на триггеры руминации (то есть как часть «если..., то...»-плана). Релаксация не только стала альтернативой руминации как средству борьбы с гневом, но и дала дополнительное преимущество в снижении напряжения. Упражнения на релаксацию включали в себя создание конкретных образов мест отдыха, таких как спокойное место в сельской местности. Практика релаксации была домашним заданием на следующую неделю.

На седьмой сессии терапевт рассмотрел прогресс Стивена в обучении релаксации и снова практиковал релаксацию. Стивен начинал учиться расслабляться, когда замечал, что напряжен или раздражен, и это уменьшало его руминацию. Чтобы еще больше улучшить то, как пациент справлялся со своим гневом, терапевт также призвал Стивена стать более ассертивным — выражать свое мнение другим ясно, твердо и спокойно. Намерение состояло в том, чтобы разработать еще один полезный альтернативный способ управления гневом и раздражением, а также помочь Стивену конструктивно разобраться с потенциальными причинами своего раздражения. Терапевт обсудил со Стивеном примеры того, когда он был ассертивен раньше, и это было полезно (например, более ранний поведенческий эксперимент со своим другом). Терапевт также подчеркнул ценность ассертивности как способа преодоления трудностей с помощью целенаправленности, а не путем избегания. Терапевт смоделировал, как проявлять ассертивность в различных ситуациях, а затем Стивен практиковался в том, чтобы быть ассертивным, используя серию ролевых игр с терапевтом. В течение этих сеансов повторяющаяся практика релаксации с последующей ассертивностью в качестве реакции на чувство гнева оказалась полезной стратегией для Стивена, еще больше уменьшив его руминацию, как показано в раздаточных материалах 5 и 6. Стивен продолжал практиковать релаксацию и ассертивность на протяжении всей остальной части терапии, при этом терапевт отслеживал прогресс на каждой сессии. Для содействия этой практике он вел таблицу мониторинга, в которой записывал каждый раз, когда испытывал предупреждающий знак для руминации (например, напряженный или раздраженный), и отмечал каждый раз, когда реагировал релаксацией или ассертивностью.

Используя эту альтернативную стратегию, Стивен смог понять, что он не такой, как его отец, и что он способен контролировать свою вспыльчивость. На самом деле, попробовав этот подход, Стивен и терапевт установили, что его опыт вспыльчивости отца привел к тому, что нужно быть тихим и внимательным к другим, чтобы избежать неприятностей. В детстве это была полезная стратегия, потому что она останавливала его от словесных оскорблений отца. Однако эта

стратегия была усвоена и продолжала использоваться им во взрослой жизни и в других ситуациях, когда это было уже неуместно. Стивену было предложено обозначить эту реакцию как выученный паттерн и подумать о том, имеет ли она отношение к его нынешним обстоятельствам. Повторяющаяся практика использования релаксации в качестве реакции на раздражительность начала вырабатывать новую полезную привычку, заменяющую руминацию.

Сессия 8. Работа с ценностями

Важные самосогласованные ценности Стивена касались моральных и духовных вопросов, а не материальных проблем. Он ценил сочувствие, понимание, воображение и веселье. Материальные атрибуты не имели отношения к этим ценностям. Стивену было предложено использовать свои собственные ценности, а не ценности других людей при проведении сравнений. Также было полезно повторить ценность возвращения к специфическим, конкретным планам, а не использования абстрактных оценок (например, «Насколько полезно проводить эти сравнения? Что лучше сделать?»). Стивену было предложено проверить мотивацию для этих действий: «Я делаю это потому, что это полезно, или потому, что я хочу казаться милым?» Он счел это полезным для закрепления изменений, которые он уже сделал, таких как увеличение рабочего времени, практика релаксации и уверенности в себе.

Сессии 9 и 10. Профилактика рецидивов и подготовка к окончанию терапии

Последние две сессии были посвящены повторению предыдущей работы, проделанной в терапии, составлению планов консолидации и обзору всего, что было особенно полезно. Стивен и его терапевт пересмотрели все его предупреждающие знаки для руминации и его «если.., то...»-планы, а также формулировку для его руминации. Это было использовано для определения того, какие стратегии были наиболее полезными, и для поощрения Стивена к их дальнейшему использованию. Были повторены предупреждающие знаки и составлены четкие планы относительно того, что он будет делать в качестве реакции на них в будущем. Предупреждающие знаки также использовались для создания потенциальных рискованных ситуаций, которые могут возникнуть в ближайший период, от шести месяцев до двух лет, для которых Стивен разработал конкретные планы на случай непредвиденных обстоятельств (например, конфликты или конфронтации, которые могут возникнуть, и как он будет с ними справляться). Эти планы профилактики рецидивов были подробно описаны. В дополнение Стивен и его терапевт рассмотрели, как он мог бы продолжать закрепление приобретенных навыков и практику альтернативных

стратегий, чтобы сохранить свои полезные привычки. Это включало составление конкретных планов повторной практики (например, практиковать релаксацию каждый день в течение первого месяца, а затем три раза в неделю в течение следующего месяца) и подкрепление сигналов, в качестве реакции на которые он будет практиковать альтернативные стратегии.

Результат

Исходно оценка Стивена по BDI составила 18, отражая умеренный уровень симптомов депрессивного расстройства (диапазон = 0–63). Его оценка по RSQ = 83 отражала очень высокий уровень депрессивной руминации (диапазон = 22–88). В первые недели заполнения Раздаточного материала 5 «Отслеживание руминации и избегания» его еженедельная частота руминаций составляла 35 %, средняя продолжительность — два-три часа, интенсивность — 80 % и уровень помех — 80 %, что указывает на высокий уровень руминаций. После десяти часов сессий оценка Стивена по BDI снизилась до 5 — это отражает минимальный уровень симптомов депрессивного расстройства (то есть отсутствие депрессии). RSQ снизился до 46 — это свидетельствует о том, что самоотчетная депрессивная руминация значительно снизилась и теперь находится в пределах нормы для руминации. В раздаточном материале 5 «Отслеживание руминации и избегания» еженедельная частота руминации Стивена составляла 5–10 %, средняя продолжительность — полчаса, интенсивность — 40 % и уровень помех — 25 %, что снова указывает на уровень руминации, который перестал быть патологическим.

Глава 13. Адаптации СРКПТ*

Описываемая до сих пор СРКПТ относится к индивидуальной очной интервенции, используемой для лечения острого депрессивного расстройства и тревоги. Тем не менее СРКПТ была адаптирована для других форматов с целью расширить ее распространение и доступность: групповой формат (групповая СРКПТ) и интернет-формат (интернет-СРКПТ). Групповой вариант использовался в стандартных клинических условиях и в исследовательских испытаниях как в качестве неотложного лечения текущего депрессивного расстройства в разных медицинских учреждениях, так и в качестве интервенции в рамках профилактического исследования для людей с высоким риском депрессивного расстройства, потому что у них было повышенное беспокойство и руминация. Интернет-вариант использовался преимущественно в контексте исследования, также как интервенция для предотвращения депрессивного расстройства у людей с высоким риском заболевания. В этом профилактическом исследовании Топпер и др. (Topper et al. [2016]) обнаружили, что как групповая СРКПТ, так и интернет-СРКПТ превзошли контроль без лечения в снижении руминации и продромальных симптомов депрессивного расстройства и тревоги, предотвращении возникновения случаев большого депрессивного расстройства и ГТР в течение следующего года (более подробную информацию и обоснование этого исследования см. в главе 1).

На данный момент групповой формат СРКПТ разработан лучше, чем интернет-формат, с точки зрения более широкого клинического распространения и всеобщего использования. У нас с коллегами есть сходные доказательства как клинических испытаний, так и использования в повседневной клинической практике, что групповой вариант СРКПТ является практическим способом расширения использования СРКПТ. Принципы и методы групповой СРКПТ очень похожи на принципы и методы индивидуальных очных СРКПТ.

Напротив, использование интернет-СРКПТ все еще находится на стадии исследования и ограничивается нашей исследовательской группой. Оказание помощи с применением интернет-СРКПТ требует доступа к специально запрограммированному интернет-пакету и приобретения конкретных терапевтических навыков, используемых при предоставлении обратной связи онлайн. Таким образом, данный формат еще не широко доступен для врачей. Поэтому в этой главе основное внимание уделяется подробному описанию группового варианта СРКПТ, чтобы дать материал, который практикующие врачи могут легко адаптировать для использования с собственными пациентами. В отличие от этого, информация о интернет-СРКПТ представлена лишь вкратце,

чтобы рассказать об этом варианте лечения, имеющем значительный потенциал в будущем, но все еще находящемся в стадии разработки.

Групповая терапия

Мы с коллегами адаптировали СРКПТ для использования в группах, состоящих из 6–12 пациентов и с одним или двумя групповыми терапевтами. Групповая СРКПТ охватывает тот же материал, что и индивидуальная СРКПТ, хотя метод применения адаптирован для того, чтобы включать больше структуры, психообразования и группового обсуждения. Групповая СРКПТ использовалась в клинике депрессии Национальной службы здравоохранения (NHS) в Центре расстройств настроения университета Эксетека, Великобритания; в рамках клинической службы в Западной Австралии; в рамках исследования профилактической интервенции, проведенного в Нидерландах (Torper et al., 2016); и в рандомизированном исследовании, сравнивающем групповую СРКПТ с групповой КПТ для взрослых пациентов с большим депрессивным расстройством в Дании. Это испытание показало, что СРКПТ значительно превосходит КПТ (Hvenegaard, Watkins, Gondan, Grafton & Moeller, 2015).

В пяти последовательных группах, насчитывающих около 60 пациентов в нашей местной клинике NHS в Великобритании, мы обнаружили снижение депрессии на 10–15 баллов по BDI после 10 сессий по 90 минут каждая. Как описано более подробно в главе 1, профилактическое исследование с использованием групповой СРКПТ успешно уменьшило руминацию, депрессию и тревогу по сравнению с контролем без лечения.

Программа для групповой СРКПТ соответствует последовательности, приведенной в табл. 13.1. Мы обычно проводим групповые СРКПТ в течение 6–10 сессий, каждая из которых длится 60–120 минут и происходит еженедельно или раз в две недели. В этом разделе я описываю группу СРКПТ, с которой было проведено шесть сессий продолжительностью 90 минут каждая. Этот формат мы использовали наиболее широко, и для него у нас есть самые убедительные доказательства (Torper et al., 2016), потому что он является наиболее экономичным и эффективным для проведения лечения и он обеспечивает полный учет всех элементов группы СРКПТ. Однако варианты групповой СРКПТ проходили до 10 сессий, следуя точно такому же содержанию и порядку 6-сессионной СРКПТ. В этих расширенных вариантах некоторое содержание было представлено в течение двух более коротких сессий, а не в одной более продолжительной сессии, чтобы позволить больше практиковать и повторять ключевые навыки и стратегии (сессии 4, 5 и 6 разделены на две сессии каждая, причем две сессии посвящены ФА; две сессии для эмпирических упражнений,

таких как вовлеченность и сострадание; дополнительная сессия для работы над увеличением целенаправленного поведения; и дополнительная сессия в конце терапии для дальнейшей ревизии полученных навыков и профилактики рецидивов). Количество сессий будет зависеть от конкретных ограничений предоставления лечения, хотя может быть полезно проводить больше сессий для пациентов с текущим депрессивным расстройством, когда требуется больше практики для того, чтобы в полной мере реализовать пользу от терапии. В табл. 13.1 приведено содержание каждой сессии.

Содержание групповых сессий включает ключевые элементы СРКПТ, описанные в предыдущих главах, хотя и представленные более структурированным и дидактическим образом. Участникам предлагается заполнять формы измерения симптомов (например, Шкала депрессии Бека II или Опросник здоровья пациента-9** для депрессивного расстройства) для всех сессий и шкал оценки руминации (см. главу 5) и формы записи (Раздаточный материал 5, Отслеживание руминации и избегание; Раздаточный материал 6 «Форма записи эпизодов руминации», по крайней мере в течение первых нескольких недель. На первой сессии пациенты учатся заполнять формы записи, а на более поздних сессиях используют примеры из них для функционального анализа и практики стратегий. В начале терапии пациентов информируют, что будут представлены новые стратегии и что каждую неделю практикуется новая стратегия. В начале каждой новой сессии делается обзор предыдущей недели и терапевты проверяют, как продвигалось выполнение домашних заданий. В конце каждой сессии дается краткое изложение того, что было рассмотрено, и задается домашнее задание.

Я рекомендую, чтобы в каждой группе было два терапевта, так как это позволяет одному терапевту разговаривать с группой и отвечать ей, в то время как другой терапевт наблюдает. Наличие двух терапевтов дает больше возможностей для общения с каждым отдельным пациентом в группе. Чем больше группа, тем полезнее иметь двух терапевтов. Тем не менее можно провести СРКПТ с группой из 10 пациентов и только одним терапевтом.

Ниже дано подробное описание шестисессионной групповой программы для СРКПТ.

Таблица 13.1. План содержания групповой СРКПТ для руминации, определенной в качестве мишени терапии

Сессия 1
Введение, преодоление стресса, представление идеи беспокойства/руминации, примеры беспокойства и руминации, возникающие внутри группы, представление руминации как привычки, формирование следствия

и функции руминации, представление самоконтроля. Раздаточные материалы 1 и 4 для чтения; Раздаточные материалы 5 и 6 для заполнения
Сессия 2
Обращение внимания на предупреждающие знаки, отстранение от привычки — представление «если..., то...»-планов, идеи изменения обстоятельств для предотвращения воздействия триггеров привычки, повышения активности и целенаправленного поведения. Раздаточные материалы 2 и 3 для чтения
Сессия 3
Представление разных стилей мышления, эмпирических альтернатив руминации (например, конкретное мышление, «почему — как»-эмпирические упражнения), связывание с планом «если..., то...», практика использования различных навыков обработки с предупреждающими знаками (например, когда в грустном или гневном настроении)
Сессия 4
Функциональный анализ; выявление и планирование альтернатив руминации, которые выполняют одну и ту же функцию; полезные практические правила, позволяющие различать полезную и бесполезную руминации (вопросы, на которые нет ответа; правило 30 минут; приводит ли это к действию?), представление идеи вовлеченности, увеличения деятельности, способствующей вовлеченности. Раздаточные материалы 8 и 9
Сессия 5
Представление эмпирического упражнения, самосострадание, сострадание, действовать более заботливо по отношению к себе, увеличивать деятельность, способствующую состраданию
Сессия 6
Межличностная эффективность, сравнение эффективных и неэффективных стратегий, жизнестойкость; обзор навыков, планов текущей деятельности, планов профилактики рецидивов, анализ опыта группы

Сессия 1

Знакомство и начало разговора

Терапевты приветствуют группу, а затем активно вовлекают участников, предлагая им сформировать пары. Затем участников просят представиться друг другу и поделиться ожиданиями (что пациент надеется достичь) и страхом (любые проблемы, которые могут возникнуть у пациента) по поводу групповой терапии. Затем формируется большая группа и каждый участник пары представляет другого участника всей группе, рассказывая про его ожидания и опасения. Это помогает завязать разговор, а также информирует терапевтов о мотивациях и опасениях участников группы. Терапевты также делятся ожиданиями и опасениями, чтобы задать тон группе. Полезные надежды,

которыми можно поделиться, включают в себя то, что группа поможет участникам, участники сочтут группу безопасной, участники почувствуют, что могут принимать помощь от других и что участникам будет оказана поддержка в новых способах действий. Полезные опасения, которыми можно поделиться, включают в себя то, что участники будут помогать только другим и забудут помочь себе и что участники могут почувствовать себя перегруженными новыми вещами, которым предстоит научиться (но с надеждой, что эти вещи скоро станут привычными и полезными).

Основные правила

Терапевты проводят групповое обсуждение основных правил поведения группы. Ключевые принципы, которые следует подчеркнуть групповым терапевтам, предусматривают конфиденциальность и уважение внутри группы (например, не говорить за других; уважать мнение других) и нетерпимость к недоброжелательности или оскорблениям. Терапевты просят участников взять на себя обязательство посещать сеансы для себя и на благо группы в целом. Подчеркивается пунктуальность. Прибытие вовремя позволяет группе начать и закончить вовремя. Участников просят сообщить терапевтам, если они не смогут присутствовать на сессии. Терапевты также подчеркивают ценность подхода к сессиям в духе любопытства, открытости пациентов для того, чтобы пробовать что-то новое, пробовать и видеть, чему они учатся, и быть сострадательными к себе и другим. Установление этих принципов заранее помогает им проникнуть в терапию. Эти принципы, конечно, поддерживают упражнения на вовлеченность и сострадание.

Обзор СРКПТ. Руминация как бесполезная привычка

Идея, что руминация, избегание и другое бесполезное компенсаторное поведение — привычки, представлена и обсуждена на первой сессии и далее развивается в более поздних сессиях. Терапевт представляет идею полезных и бесполезных способов реагирования на стресс и представляет руминацию и избегание как бесполезные стратегии преодоления трудностей. Все начинается с обсуждения руминации аналогично тому, как это делается в отдельных СРКПТ (см. главу 5). Терапевт просит участников привести недавние примеры беспокойства и руминации внутри группы и отыскать ее следствия. Раздаточный материал 1 «-Основные факты о руминации» выдается и прорабатывается. В каждом примере терапевт выявляет типичные предупреждающие знаки и сигналы для руминации, а затем просит пациентов обсудить эффекты и следствия их руминации. Он ищет следствия, которые могут быть определены

группой: руминация ухудшает настроение, мешает решению проблем, снижает мотивацию, вызывает усталость, не позволяет уделять внимание меняющимся внешним реалиям, отрывает человека от мира и позитивного опыта; вызывает инсомнию; мешает изучению нового; ухудшает отношения с другими. Терапевт выделяет их из обсуждения и обобщает, указывая, насколько руминация, как правило, бесполезна. Если группа не может спонтанно привести эти примеры, терапевт спрашивает прямо о конкретных следствиях.

Терапевт просит привести примеры ранее выработанных привычек, которые были изменены, чтобы проиллюстрировать необходимость времени для их усвоения; им требуется многократное совмещение с конкретными сигналами, за которыми следует позитивный результат и которые обычно устойчивы к изменениям. Общий подход и обоснование СРКПТ рассматриваются, как описано в главе 5: пациентов информируют о том, что на групповых сессиях их будут обучать новым стратегиям, чтобы заменить привычку руминировать, и что групповые сессии помогут им выявить эту привычку и практиковать ряд альтернативных стратегий. На каждой сессии одна или две стратегии представляются и отрабатываются. Разным людям подходят разные стратегии, поэтому стоит попробовать каждую, а затем сконцентрироваться на тех, которые больше соответствуют конкретному пациенту.

Введение в самонаблюдение

На первой сессии терапевт рассказывает о том, что нужно заполнять форму учета и мониторинга, чтобы узнать паттерны поведения. Самонаблюдение подчеркивается как средство, позволяющее лучше осознавать привычки и выявлять сигналы к привычкам в качестве первого шага к их изменению. Пациентам выдают раздаточный материал по самоконтролю (см. Раздаточный материал 4), и он проговаривается. Терапевт объясняет, что запись действий и то, что пациент чувствует, позволяют выявлять связи и закономерности в настроении, ситуациях и активности. Ведение учета помогает видеть примеры руминации и ее предупреждающие знаки, а также определять, когда пациенты чувствуют себя лучше или хуже и какие факторы могут влиять на их настроение.

Под руководством терапевта группа обсуждает пример и заполняет раздел формы записи эпизодов руминации (см. Раздаточный материал 6). Все записывается на меловую доску, маркерную доску или флипчарт. Затем участники практикуются, заполняя график на вчерашний и сегодняшний дни с терапевтом, проверяющим выполнение задания в группе. Домашнее задание — заполнять форму каждый день в течение следующей недели.

На протяжении всех сессий мы рекомендуем терапевтам подготовить примеры, чтобы иллюстрировать ключевые идеи каждой сессии, а затем извлечь соответствующие примеры из недавнего опыта пациентов. Хорошая идея — собирать формы пациентов в начале каждой сессии и сканировать их. Так можно получить примеры для иллюстрации стратегий.

Мы обнаружили, что особенно полезным упражнением для выполнения домашних заданий с точки зрения мониторинга и записи является обращение к каждому пациенту с просьбой определить время, когда он каждый день чувствовал себя хорошо и когда — плохо. Для каждой ситуации пациенту рекомендуется отметить контекст, его эмоциональную реакцию; то, что произошло непосредственно до (антецедент); руминировал ли он (и если да, то о чем); что он сделал и следствия того, что произошло дальше. Затем это можно использовать для иллюстрации влияния действий и контекста на настроение и для составления планов по наращиванию позитивной деятельности.

Сессия 2

Обнаружение предупреждающих знаков

Сессия 2 используется в основном для просмотра форм записи и для идентификации предупреждающих знаков для руминации из заполненных форм записи эпизодов руминации в качестве отправной точки для «если.., то...»-планов. В групповом обсуждении терапевты пытаются провести мозговой штурм идей для предупреждающих знаков руминации и стресса с участниками группы.

«Если.., то...»-планы

Терапевты объясняют, что после выявления предупреждающих знаков план состоит в том, чтобы заменить руминацию новыми альтернативными реакциями. После ознакомления пациентов с идеей поиска предупреждающих знаков представляется идея «если.., то...»-планов на случай непредвиденных обстоятельств. Сессия включает некоторые упражнения по разработке «если.., то...»-планов на основе примеров, созданных группой (то есть выявление «если»-частей плана, включая предупреждающие знаки, такие как чувство напряженности, самокритичность и вопрос «почему?», и определение «то»-частей плана для шагов, которые следует предпринять в ответ на предупреждающие знаки, такие как замедление, расстановка приоритетов и выполнение действий шаг за шагом). Участникам группы предлагаются простые действия, которые я обычно нахожу полезными, такие как наращивание

деятельности, выполнение полезных каждодневных занятий и выполнение одного дела зараз.

Изменение обстоятельств, чтобы предотвратить воздействие триггеров привычек

Терапевты также отмечают, что одним из способов избавиться от бесполезных привычек является устранение потенциальных сигналов к руминативной привычке, если эти сигналы отражают легко изменяемые аспекты обстоятельств или распорядка человека. Терапевты освещают любые примеры модифицируемых триггеров среды для руминации, которые были созданы участниками группы, и обсуждают простые изменения, которые могут быть сделаны. Триггеры, которые нужно искать, включают конкретные действия, связанные с пробуждением, сном или возвращением домой с работы; конкретными местами, которые стимулируют руминацию; со спешкой или нахождением в стрессовой ситуации; напоминаниями, такими как фотографии, которые служат триггерами для руминации; прослушиванием грустной музыки или просмотром печальных фильмов; безделью; неопрятностью или беспорядком дома. Каждый из них потенциально может быть изменен с помощью простого плана, который может быть частью домашнего задания для конкретного пациента (например, изменение распорядка, когда он ложится спать и поднимается утром; расширение деятельности, чтобы сократить незаполненное время; прослушивание различной музыки; планирование действий так, чтобы пациент находился в меньшей спешке; устранение тревожных напоминаний; уборка дома).

Снижение избегания и усиление целенаправленности

Идея изменения среды и распорядка естественным образом приводит к тому, что терапевты кратко рассказывают о важности снижения избегания и наращивания позитивной деятельности. Здесь представляется идея противоположного действия потенциальной «то»-части «если.., то...»-плана, а не текущей типичной избегающей реакции на ситуацию; участникам рекомендуется найти целенаправленное поведение, вместо того чтобы действовать в противоположном направлении (например, когда они чувствуют себя грустно, делать что-то активное и позитивное, а не замыкаться; при чувстве тревоги — делать что-то расслабляющее).

Разные стили мышления — конкретность

Сессия 3 начинается с анализа форм мониторинга, выявления любых новых предупреждающих знаков и проверки хода выполнения «если.., то...»-планов, составленных в ходе предыдущей сессии. Опрос участников о ходе выполнения этих планов по всей группе используется для расширения использования планов участниками, для устранения любых проблем и для выявления успехов. Успешные «если.., то...»-планы передаются всей группе, потому что план, который сработал для одного пациента, может быть полезен для другого пациента. Затем терапевты консолидируют использование альтернативных стратегий в качестве реакции на предупреждающие знаки для руминации, представляя альтернативу изменения стиля мышления. Сравнение конкретного и абстрактного мышления иллюстрируется экспериментом «почему — как». Используемый скрипт воображения должен относиться к распространенному событию, с которым многие люди, вероятно, сталкивались (например, ожидание кого-то в кафе, а человек не пришел, или машина не может завестись, когда вы в пути на очень важную встречу). Терапевты используют подсказки, чтобы сделать его максимально реальным и вовлечь участников в эмпирическое упражнение (см. главу 9). Группу просят представить это событие, сначала задавая вопросы типа «почему», а затем — типа «как». Далее терапевты выясняют отзывы группы о том, как эти два состояния влияют на настроение и мышление. Хотя, как правило, члены группы по-разному воспринимают разные стили обработки, обычно возникает предпочтение конкретного относительно абстрактного мышления. Разные эффекты мышления «как» в сравнении с «почему» обобщаются терапевтами. Когда конкретное мышление оказывается полезным, участникам рекомендуется включить его в «если.., то...»-планы и практиковать в течение следующих недель. Терапевты подчеркивают важность практики использования конкретного мышления как реакцию на ежедневные предупреждающие знаки пациентов, особенно когда пациенты находятся в грустном или гневном настроении и наиболее необходимо использование альтернативной стратегии. По возможности полезно, чтобы пациенты практиковали использование стратегии, когда у них негативное настроение (например, терапевты могут попросить участников подумать о тех моментах, когда они испытывали стресс, прежде чем они будут практиковаться в использовании вопросов типа «как»).

Домашнее задание на следующую неделю состоит в том, чтобы составить четкий «если.., то...»-план, используя «как»-вопросы в качестве реакции на предупреждающие знаки. Эта домашняя работа организуется путем обращения к участникам с просьбой записать вероятные причины и ситуации, в которых у них происходит руминация в течение следующей недели, а затем подготовить

полезные «как»-вопросы, которые нужно задать себе в рамках своего плана. На следующей сессии группы важно проверить, бывают ли случаи, когда руминация полезна или бесполезна, и были ли вопросы типа «как» полезны при замене вопросов типа «почему». Еще одно полезное упражнение для домашней работы заключается в том, чтобы попросить пациентов следить за случаями руминации (отмечая триггеры и следствия) и практиковать конкретное «как»-мышление в качестве альтернативы в этих случаях.

Сессия 4

Функциональный анализ

После обсуждения домашних заданий и доработки планов, составленных на предыдущей неделе, сессия 4 строится на основе более ранних сессий, которые планируют альтернативы руминации, включая дальнейший ФА руминации. Идет групповая дискуссия о важности понимания цели руминации. Терапевты спрашивают: «Когда руминация — это плохо?»; «Когда это полезно?» и «Каковы причины, по которым мы это делаем?» Они пытаются найти возможные причины и функции руминации: делать прогнозы того, что может пойти не так; серьезные размышления; пытаться преодолеть трудности и проблемы, полагая, что это может помочь в их решении; подталкивать себя, мотивировать себя и двигаться вперед; держать под контролем пугающее «я» (например, необходимо лучше понять ситуацию, чтобы не позволять себе грубое поведение и, возможно, обидеть кого-то другого; чтобы не стать бесчувственным или эгоистичным); чтение мыслей и попытки предугадать будущее, чтобы не попасть в неприятности с другими; контролировать и менять эмоции; откладывание нежелательных действий; выполнение действий «в голове», а не «в реальном мире», как средство избежать риска, если что-то пойдет не так. В идеале группа будет генерировать многие из этих возможных функций, но если нет, терапевты направляют и указывают на эти общие функции. Затем пациентов просят определить, какая из этих функций, как правило, наблюдается у них. Это помогает разработать более индивидуализированные планы для каждого пациента в рамках группы, в которых альтернативные стратегии (-повышение активности, конкретное мышление, противоположное действие, вовлеченность, сострадание, ассертивность и т.д.) выбираются так, чтобы соответствовать функциям руминации.

Определив потенциальные функции, терапевты затем изучают эффективность руминации и то, что было бы хорошей альтернативой. Полезные вопросы к группе:

Что будет, если *вы действительно поймете проблему?* (или замените на другую функцию).

Также задаются вопросы об альтернативных реакциях для достижения этих результатов (например, «Что еще вы можете сделать, чтобы уменьшить чувство печали/гнева?»).

Полезно прямо говорить о «вопросах, на которые нет ответов», когда трудно разрешить ситуацию с помощью логического анализа, например при попытке понять собственные чувства или поведение других людей. Терапевты проводят различие между попытками разобраться во всем в своей голове и фактическими попытками разобраться в них в реальном мире и ищут примеры, когда обучение лучше всего достигается интуицией и методом проб и ошибок.

Затем терапевты и участники обсуждают, каким образом мы узнаем, что мы находимся в ситуации, когда руминация бесполезна, чтобы помочь пациентам различать, когда руминация эффективна и когда нет. Полезно отметить, что руминация имеет тенденцию быть менее полезной в разноплановых и динамичных ситуациях (то есть постоянно меняющихся, когда текущее состояние находится под прямым влиянием предыдущего состояния) и имеющих длительную историю. Напротив, аналитическое мышление о проблемах может быть более полезным в замкнутой системе, где есть определенные решения и ограниченный набор реакций (например, выполнение математического задания, приготовление пищи, сборка предмета мебели IKEA, решение проблем с компьютером). Отражающий главные принципы СРКПТ ключевой вопрос для руминации: «Она полезна или бесполезна?»

В рамках групповой терапии терапевты предоставляют четкие эвристические методы, чтобы помочь участникам отличить полезное от бесполезного избегания и руминации. Например, избежать острой внешней ситуации может быть полезно, в то время как избегание внутренних состояний или хронических проблем обычно бесполезно. Аналогичным образом существуют три полезных практических правила, помогающих людям определить, может ли руминация быть полезной или нет.

Во-первых, это вопрос, на который невозможно дать ответ. Руминация об абстрактной, экзистенциальной, сложной или философской проблеме, например вопросы «Почему я?» или «Что это значит?», вряд ли будут иметь однозначный простой ответ. Следовательно, такая руминация легко определяется как вряд ли полезная.

Во-вторых, приводит ли это к действию, плану, решению или к большему размышлению? Повторяющееся мышление может быть полезным, когда оно более конкретное и приводит к подробным, контекстуализированным планам (то есть когда оно служит решению проблем). Однако повторяющееся более абстрактное мышление, как правило, приводит к увеличению -числа мыслей и вопросов, углубляется в другие ситуации и темы и, таким образом, продолжает сохраняться и развиваться. По-этому проверка того, ведет ли мышление к действию, плану или какому-то решению, является хорошим способом отличить полезное от бесполезного мышления на ранней стадии.

В-третьих, как долго длился приступ руминации? Большинство адаптивных методов мышления, таких как решение проблем, позволяют добиться некоторого прогресса в решении, даже если это лишь шаг, а не полное решение, в течение довольно короткого периода времени. Он будет варьироваться в зависимости от проблемы и обстоятельств, но большинство людей, если их попросить сравнить периоды, когда размышление о проблеме было полезным, а не бесполезным, могут отличить, что полезное мышление возникло в течение определенного времени. Хорошая отправная точка — около 30 минут. Зачастую продолжительное размышление, которое длится в течение этого периода без какого-либо дальнейшего прогресса в отношении личных проблем, вряд ли принесет значительную выгоду и становится все более подверженным снижению результативности. Полезно попросить пациентов подумать, будут ли достигнуты значительные успехи в решениях за дополнительное время, потраченное на обдумывание чего-либо.

ФА вводится позже в групповой СРКПТ, чем в индивидуальной СРКПТ, потому что в индивидуальной СРКПТ ФА может быть тщательным и подробным и направляет все терапевтические решения, в то время как невозможно провести индивидуализованный ФА столь подробно в формате группы. Скорее, в групповой СРКПТ участникам дают обоснование изменения привычек, а затем практикуют сочетание разных вариантов изменения привычек. Поскольку ФА не может быть проведен настолько детально, он вводится позже и проводится более простым и урезанным способом.

Вовлеченность

Терапевты также обучают вовлеченности как потенциальной альтернативе руминации. Обоснование состоит в том, чтобы расширить связь с миром, и аналогично тому, что предусмотрено в индивидуальной СРКПТ (см. главу 10 и Раздаточный материал 10). В группе участников просят экспериментировать, вспоминая два примера деятельности, которой они часто занимаются: один

случай, в котором они были вовлечены в деятельность, и другой, в котором они были менее вовлечены. Затем терапевты направляют группу к тому, чтобы живо представить каждый из примеров. В упражнении используются подсказки о чувствах, фокусе внимания и чувственном опыте для усиления эффекта (см. главу 10). Затем терапевты облегчают групповое обсуждение того, что пациенты заметили в течение периода, когда они были вовлечены, по сравнению с периодом, когда они не были вовлечены. Обсуждение направлено на то, чтобы подчеркнуть преимущества вовлеченности и факторы, которые увеличивают вовлеченность, такие как элементы, участвующие в «потоке», как описано в главе 10. Группа обсуждает вопросы «Какие выводы мы можем сделать из опыта вовлеченности?» и «Как мы можем использовать то, что мы знаем об этом опыте, чтобы помочь нам стать более увлеченными другими видами деятельности?» Смысл, который должны передать терапевты, заключается в том, что вовлеченность является активной реакцией на преодоление, которая может заменить руминацию. Терапевт может сказать:

«Вы не можете руминировать, если вы вовлечены в задачу, независимо от того, насколько проста эта задача. Первый шаг к использованию вовлеченности самый простой — представить себе мысль, способствующую вовлеченности вместо руминации. Следующий шаг — практиковать деятельность, которая способствует вовлеченности. Третий шаг — попытка сделать то, о чем вы руминируете, таким способом, который вас увлекает».

Затем разрабатываются планы по наращиванию вовлекающей деятельности, при этом пациенты завершают индивидуальные планы, выявляя потенциальные вовлекающие виды деятельности, а затем разбивая их на меньшие шаги и выясняя, когда, где и как они будут выполняться. Также планируется многократно практиковать психические упражнения на вовлеченность с указанием того, когда и где это должно быть сделано.

Сессия 5

Сострадание

Групповая сессия СРКПТ по самосостраданию похожа по содержанию на индивидуальную СРКПТ, хотя подход немного упрощен и в меньшей степени зависит от работы с детальными воспоминаниями (см. главу 11). Групповой формат отходит от подхода, в основе которого лежит воспоминание, потому что было бы трудно и потенциально контрпродуктивно просить пациентов

вспоминать что-либо, относящееся к состраданию, без достаточного времени и возможностей для подробного индивидуализированного руководства. Вместо этого мы применяем более структурированный и комплексный подход, в котором пациентов направляют на то, чтобы создавать самосострадательные утверждения и практиковать произносить их сострадательным тоном.

Терапевты просят членов группы представить себе случай с плохим для них исходом, таким как неудача, провал или отвержение, и обратить внимание на то, что говорит их внутренний голос и его тон. Затем участников группы просят представить, что они поддерживают хорошего друга, который испытывает аналогичные трудности, и отметить, что они говорят и как они это говорят. Затем группу просят сравнить эти два примера. Терапевты подчеркивают преимущества сострадания, поощрения и терпимости к себе. Они выявляют в группе и делятся с остальными участниками лучшими примерами сострадательных реакций. По мере обсуждения этих примеров терапевты приводят примеры того, что можно сказать самому себе, чтобы развить самосострадание (то есть нормализовать ситуацию, сфокусироваться на достигнутом прогрессе, подчеркнуть успех и сильные стороны, рассмотреть ситуацию в перспективе, побудить себя перейти к следующему шагу; см. главу 11). Это должно включать способствующий этому тон голоса и невербальные сигналы (например, теплоту, спокойствие, твердость, расслабленность и открытость). Пациентам рекомендуется придумать ключевые фразы, -которые помогают им проявлять сострадание к себе, и записать эти -предложения на сессии. Участникам группы также рекомендуется записывать любые примеры, созданные другими участниками группы, которые кажутся особенно уместными для них самих.

Затем терапевты просят пациентов работать парами в упражнениях на сострадание. Один человек выбирает и объясняет сложную ситуацию, с которой он может столкнуться в ближайшую неделю. Второй человек в паре затем говорит с первым как друг, ободряя и поддерживая его или ее. Потом роли меняются, и все повторяется. Это упражнение помогает укрепить и отрепетировать подход сострадания, а также выявить любые трудности.

Затем терапевты обсуждают потенциальные барьеры для самосострадания и способы их преодоления. Типичные барьеры включают в себя незнание того, что сказать; опасения относительно того, что произойдет, если он будет более сострадательным; опасения, что он будет менее эффективным и менее мотивированным; чувство неловкости и незаслуженность быть добрым по отношению к себе. Терапевты побуждают группу провести мозговой штурм, чтобы найти способы преодоления этих барьеров. Мы нашли ряд потенциальных

способов, которые следует искать в группе или, если необходимо для того, чтобы терапевт предложил их в качестве решения.

Во-первых, полезно спросить каждого пациента, есть ли несколько ключевых фраз, которые он или она может использовать, сохраняя мягкий тон голоса, и которые можно использовать в качестве первой попытки быть сострадательным(ой).

Во-вторых, есть смысл в том, чтобы побудить пациентов взвесить, насколько эффективно самосострадание по сравнению с тем, чтобы говорить с самим собой критическим образом. Пусть пациенты рассмотрят плюсы и минусы каждого.

В-третьих, часто помогает разбить практику самосострадания на более мелкие этапы, например, задать вопрос: «Какую наименьшую долю сострадания к себе вы были бы готовы попробовать испытать?» Здесь важно ввести градуированную иерархию, начинающуюся с более простых и менее неприятных шагов. Домашнее задание, вытекающее из этой сессии, заключается в том, чтобы пациенты реализовали свои собственные индивидуальные планы, согласно которым им следует говорить с собой сострадательно в сложных ситуациях. Затем они должны оценить эффекты этого в течение следующих сессий.

Люди со склонностью к руминации часто испытывают трудности с самосостраданием, потому что они воспринимают это как нечто «искусственное» и как ложь самому себе. Это можно решить, сочетая самосострадание с конкретным мышлением. Например, вместо того чтобы побуждать пациентов говорить «Я хороший человек», они могут сказать: «Я уже выполнял эту конкретную задачу раньше и помню из комментариев, которые получил, что хорошо это выполнил, так что на этот раз, вероятно, будет тоже все хорошо, если я попробую использовать подобный подход, состоящий из...». Ключевой тезис, который следует подчеркнуть, — важность многократной практики для закрепления новой привычки.

Терапевты также просят участников вырабатывать идеи о возможных вещах, которые они могли бы сделать иначе, чтобы быть более сострадательными, думать о том, как они могли бы действовать более заботливо по отношению к себе, задавая вопросы о том, какие действия они бы совершали чаще, а какие реже, чтобы заботиться о себе. Примеры обсуждаются и делятся в рамках группы. В рамках своей домашней работы участники определяют одно действие, которое они должны совершать чаще, и одно действие, которое должны совершать реже в течение недель до следующей сессии.

Сессия 6

Сессия 6 начинается с обзора прогресса в мониторинге руминации, изменении привычек и использовании «если.., то...»-планов, которые включают в себя конкретность, вовлеченность и сострадание. Терапевты останавливаются на любых успехах группы за предыдущую неделю и устраняют любые трудности.

Межличностная эффективность

Рассмотрев, какие стратегии были эффективными и неэффективными в течение предыдущих недель, терапевты представляют дополнительную стратегию ассертивного поведения. Терапевты отмечают, сколько ситуаций, которые являются триггерами для руминации, включают других людей и как поиск хороших способов взаимодействия с другими уменьшит руминацию. Релевантные примеры от участников освещаются, если это целесообразно. Терапевты обсуждают, как часто люди, которые руминируют, не испытывают уверенности в себе и не умеют постоять за себя, выражать свое мнение или говорить «нет», и как это отсутствие ассертивности может привести к проблемам, таким как чувство недооцененности или чувство того, что их использовали, и оставить трудности неразрешенными. Терапевты ищут примеры у членов группы и используют их, чтобы проиллюстрировать потенциальные недостатки отсутствия ассертивного поведения. Терапевты вводят ключевые принципы о способах быть более ассертивными, включая спокойствие и ясность; повторение; оценку себя; указание на последствия действий; принятие чужой точки зрения. Терапевты могут разыграть в ролях примеры ассертивности, которые отражают трудности, возникшие у участников. Затем участников просят разработать планы для разных способов реагирования на выявленные ими ситуации. Эти планы потом обсуждаются и уточняются в группе. Участники составляют планы выполнения домашних заданий с указанием того, как они могут действовать по-другому в будущем. Терапевты связывают рассмотрение межличностной эффективности с более ранними темами, включая важность решения проблем через целенаправленность, а не через избегание, использование конкретности и сострадание к себе.

Жизнестойкость и профилактика рецидивов

Терапевты возвращаются к рассмотрению предупреждающих знаков и стрессу, проверяют «если.., то...»-планы и анализируют, что помогло или не помогло пациентам. Ключевые вопросы, которые терапевты просят рассмотреть участников группы: «Что мне нужно продолжать делать, независимо от моего

настроения, чтобы жить полноценной жизнью?» и «Что мне нужно иметь в виду, если я столкнусь с проблемами или стану депрессивным в будущем?» В частности, терапевты просят группу подумать о тех моментах в ходе лечения, когда они чувствовали себя эффективными, удовлетворенными или вовлеченными в то, что они делали, и сравнить то, чем эти периоды отличаются от тех, когда они не чувствовали себя эффективными, удовлетворенными или вовлеченными. Сравнение этих ситуаций может помочь прояснить, что было бы полезно включить в будущие планы. Затем участники группы откровенно обсуждают свои предупреждающие знаки для депрессии, стресса и руминации и совместно планируют стратегии, которые они могут использовать в качестве реакции на эти предупреждающие знаки. Терапевты поощряют пациентов к мозговому штурму возможных препятствий или трудностей в реализации этих планов и путей их устранения.

Эта сессия также включает некоторое обсуждение самого группового процесса и того, что пациенты могут извлечь из опыта пребывания в группе. Типичные вопросы, которые задаются при групповом обсуждении, включают «Что было эффективным в группе?» с ФА обстоятельств, которые сделали группу эффективной. Терапевты побуждают пациентов думать о том, какие аспекты группы были для них наиболее полезны и как это можно продолжить применять в повседневной жизни пациента. Терапевты выясняют, как сама группа оказывала поддержку; как люди учились друг у друга; каким образом группа, возможно, нормализовала и валидировала опыт каждого участника, потому что другие люди испытывали аналогичные трудности; и как группа могла вселить большую надежду — ведь пациенты видели, что другие люди успешно решают проблемы.

Преимущества группового формата

Групповой формат имеет несколько преимуществ.

Во-первых, он эффективен с точки зрения затрат на лечение: за один час можно лечить до 12 пациентов.

Во-вторых, если группа работает хорошо, ее члены оказывают поддержку и подкрепление друг другу.

Процессы нормализации и реализации своего потенциала, подчеркнутые в СРКПТ, можно облегчить в группе, поскольку каждый пациент обнаружит, что другие люди испытывают те же трудности, и каждый может также видеть примеры успеха в других (принцип 1: нормализовать опыт пациента в руминации). При умелом содействии участие членов группы может быть

использовано для выработки ряда полезных и бесполезных стратегий и проведения различий между разными режимами обработки. У терапевтов есть больше возможностей для выявления факторов, влияющих на руминацию, в соответствии с моделью СРКПТ. Хитрость здесь заключается в том, чтобы высматривать эти примеры и напрямую связать их с фокусом терапии.

Ограничения группового формата

Характер группового формата означает, что существует меньше возможностей для детального внимания к отдельным пациентам, чем при индивидуальной терапии. Основное ограничение заключается в том, что невозможно проводить индивидуальный ФА для каждой проблемы каждого пациента, как мы делаем при индивидуальной терапии.

Поэтому невозможно в одинаковой степени адаптировать лечение к конкретному человеку и основывать выбор интервенций на формулировке, полученной из ФА. Тем не менее в терапевтических группах, в которых мои коллеги и я проводили лечение, мы нашли успешные способы донести ключевые идеи и принципы СРКПТ, подчеркивая, что руминация — это привычка, и эксплицитно представляя новые альтернативные стратегии, которые можно пробовать каждую неделю.

Устранение ограничений и проблем в групповой СРКПТ

Есть несколько способов устранения потенциальных ограничений группового формата. Полезно попытаться детально прорабатывать по крайней мере одну проблему человека, относящуюся к рассматриваемой теме, каждую неделю. Проведение ФА одного человека подробно иллюстрирует процесс и дает ориентиры и идеи другим (принцип 4: применять функционально-аналитический подход). Важно убедиться, что подробное обсуждение проблемного вопроса было справедливо распределено среди пациентов на протяжении всех сессий, а также убедиться, что примеры релевантны целям каждой сессии.

Мы хотим, чтобы у каждого пациента была возможность решить свои особые трудности. Некоторые пациенты будут стесняться и неохотно рассказывать подробности их недавней проблемы; другие будут гораздо более настойчивыми, и необходимо позаботиться о том, чтобы они не перегружали сессию.

В групповом контексте полезно время от времени проводить индивидуальные сессии. Индивидуальная сессия перед первой групповой сессией может быть особенно полезна для ориентации и подготовки пациента к тому, что будет в

группе и как все будет происходить, а также для того, чтобы начать ФА ключевых проблемных вопросов для этого пациента. Аналогичным образом индивидуальная сессия в середине проведения групповой терапии может быть полезна для анализа прогресса, выявления любых препятствий или проблем и, при необходимости, использования ФА для решения проблем. В том же духе 10–15-минутная беседа с каждым человеком в начале или в конце групповых сессий, чередующихся на протяжении всего курса лечения, полезна для решения любых проблем или трудностей. Одно из преимуществ наличия нескольких терапевтов заключается в том, что это позволяет такое индивидуальное наверстывание упущенного.

Групповое лечение использует более экспериментальный и психообразовательный подход к поиску правильной стратегии для каждого пациента. Мы напрямую информируем пациентов о том, что каждая неделя будет включать в себя изучение новой стратегии для преодоления руминации, что разные стратегии работают по-разному для разных людей и что ни одна стратегия не будет работать для всех (принцип 1: нормализация опыта пациента в руминации). Ключевой посыл заключается в том, что для каждого пациента лучше всего продолжать попытки, пока он не найдет одну или несколько стратегий, которые работают для него (принцип 6: подчеркнуть важность повторения и практики). Центральным фокусом, который служит рефреном на протяжении всех сессий, является разработка «если..., то...»-планов, цель которых — избавиться от бесполезных привычек. На начальных занятиях была подчеркнута важность разработки альтернативных реакций на сигналы, которые являются триггерами руминации (планы «если..., то...»), и наметить предупреждающие знаки (принцип 5: связать поведение с триггерами и предупреждающими знаками). Последующие сессии знакомят и дают возможность практиковать потенциальные альтернативные компенсаторные стратегии, которые можно использовать в качестве «то»-части плана (то есть конкретность, целенаправленность, вовлеченность, сострадание, ассертивность) (Принцип 7: Переход к адаптивному стилю мышления). Таким образом, вместо того чтобы терапевт работал с каждым пациентом над выбором стратегий, основанных на ФА, организация процесса в группе предоставляет пациентам меню из вариантов, которые можно рассмотреть, и поощряет их экспериментировать от недели к неделе, чтобы найти наилучший(е) вариант(ы) для своего использования. Хотя и не такой сфокусированный, как ФА в индивидуальной терапии, этот подход гарантирует, что пациенты ознакомятся с ключевыми идеями и методами СРКПТ и узнают, какие компенсаторные стратегии следует использовать, основываясь на личном опыте и предпочтениях.

Групповая СРКПТ представляет собой комбинацию этого подхода «на основе перечня» и более направляемого выбора, основанного на функциональном анализе. В рамках каждой сессии обсуждаются примеры предупреждающих знаков, следствий и функций и выделяются потенциальные альтернативы. Пациентов с релевантными проблемами направляют более целенаправленным способом к тому, какие стратегии попробовать, когда это возможно. Более того, индивидуальные разговоры с пациентами помогают сузить варианты.

Ключевые принципы для СРКПТ продолжают применяться для СРКПТ группового формата и в некоторых случаях должны применяться с еще большей силой. Мы заметили, что общая проблема при проведении групповых сессий заключается в том, что они становятся слишком похожими на психообразование и переходят в концептуальную дискуссию, а не фокусируются на конкретных деталях и эмпирических изменениях (принцип 3: поощрение активного, конкретного, эмпирического и специфического поведения). В этом случае терапевты легко могут много говорить, но мало что делать. Пациенты, которые руминируют, имеют тенденцию к избеганию и абстракции. Групповые сессии могут запросто отклониться от заданных целей в эти направления, поэтому терапевтам необходимо помнить о принципе АКЭС и сосредоточиться на выявлении и наименовании избегания и замене его на целенаправленное поведение. Таким образом, при обсуждении примера в группе терапевту необходимо углубиться в подробные, специфические, конкретные контекстуальные описания и не полагаться на расплывчатые описания.

Любое введение идей или принципов должно сопровождаться конкретными и легко воображаемыми примерами, в идеале приведенными пациентами внутри группы. Вопросы должны быть прямыми и конкретными и подталкивать участников группы к непосредственному опыту. Когда пациенты создают свои собственные примеры и альтернативы, терапевты подталкивают их к подробному описанию поведения (см. главы 2 и 9).

Группе необходимо избегать просто разговоров, а скорее практиковать новые способы преодоления трудностей. Если вы сомневаетесь, рекомендуется провести эмпирическое упражнение или поведенческий эксперимент в группе в соответствии с принципом АКЭС. Многие упражнения и эксперименты СРКПТ можно выполнять в групповой обстановке, хотя и с более общими инструкциями и меньшим количеством возможностей для индивидуальных указаний. Хотя это снижает их воздействие, эти упражнения все еще могут быть эффективными и проиллюстрируют ключевые моменты СРКПТ. Вовлечение пациентов в опробование новых подходов и получение опыта изменений — ключевая часть терапии. Как правило, каждая групповая сессия должна включать в себя некоторое психо-образование для введения новых идей, а также некоторую

непосредственную эмпирическую практику с новыми подходами к преодолению трудностей.

Блоки для прогресса часто отражают избегание пациентом. Это можно решить с пользой путем рассмотрения функции такого избегания и поиска альтернативных подходов. Обращайте внимание на пациентов, которые не отвечают на вопросы или которые демонстрируют другие повторяющиеся формы избегающего поведения, такие как объяснение причин бездействия («Да, но...») и перескакивания на разные темы при обсуждении. Такое повторяющееся поведение после того, как оно было замечено, должно быть открыто доведено до сведения пациентов, функцио-нально рассмотрено, их полезность поставлена под сомнение, и должны поощряться альтернативные реакции пациента и их практика (см. главу 8).

Интернет-СРКПТ (MindReSolve)

Моя исследовательская группа также разработала интернет-вариант СРКПТ для лечения в онлайн-формате, который мы в настоящее время изучаем в ряде исследовательских испытаний. Основа, содержание, принципы и техники в англоязычной версии этой интернет-СРКПТ брендируются под названием © MindReSolve. Это лечение строго соответствует предписаниям, методам и принципам очной индивидуальной СРКПТ, но адаптировано для реализации через интернет. Использование этого лечения требует доступа к платформе лечения MindReSolve (www.mindresolve.minddistrict.co.uk), который в настоящее время ограничен моей исследовательской группой и сотрудниками, потому что мы все еще изучаем и тестируем ее эффективность. Это еще не альтернативная форма СРКПТ, которая доступна читателю для использования непосредственно с пациентом. Я включаю краткое описание здесь, потому что я считаю, что разработка интернет-интервенций необходима для того, чтобы справиться с глобальным бременем депрессии. Я также ожидаю, что знакомство с е-психическим здоровьем*** станет более распространенным и более важным для терапевтов в течение следующего десятилетия. Поэтому краткое введение в подход интернет-СРКПТ представляется своевременным.

Мы разработали интернет-вариант RFCBT по нескольким причинам. Основная задача состояла в том, чтобы повысить доступность, распространение, удобство и освещение методов психологического лечения. Е-психическое здоровье может обеспечить большую доступность, масштабируемость и охват лечения (Kazdin & Blase, 2011). Депрессивное расстройство — серьезная глобальная проблема для здоровья (Collins et al., 2011), широко распространенное хроническое, инвалидизирующее и рекуррентное расстройство (Judd, 1997) с огромным

индивидуальным, социальным и экономическим бременем (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison & Murray, 2006). Однако из-за его распространенности и рекуррентного характера традиционная очная психотерапия никогда не может быть достаточно широко доступна, чтобы уменьшить глобальное бремя депрессии (Andrews, Issakidis, Sanderson, Corry & Lapsley, 2004; Hollon et al., 2002; Kazdin & Blase, 2011). Есть потребность в альтернативных способах предоставления терапии, и интернет-терапия предлагает способ удовлетворения этой потребности (Национальный институт здравоохранения и клинического совершенствования^{****}, 2009). Эффективность лечения депрессивного расстройства и тревожности на основе интернета сравнима с эффективностью индивидуального лечения (Andrews et al., 2004) и позволяет расширить доступ к терапии для тех, кто может не захотеть взаимодействовать наедине с терапевтом или кому это трудно из-за стигмы, физического доступа, времени или географических ограничений. Интернет-КПТ может увеличить доступность терапии, устраняя как временные, так и географические ограничения (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov, 2010), которые могут быть причиной оттока из существующих служб по борьбе с тревогой и депрессией (Richards & Borglin, 2011). Интернет-терапия удобна и доступна в любое время и любом месте, без необходимости планирования встреч. Это расширение доступа и охвата особенно важно при разработке профилактических интервенций: любая интервенция, предназначенная для предотвращения депрессии, должна быть способна охватить большое количество людей. Вот почему мы включили интернет-вариант СРКПТ в наше исследование, дающее оценку тому, предотвращает ли депрессию и тревожность определение руминации в качестве мишени терапии у людей, которые очень склонны к руминации (Torper et al., 2016; см. главу 1).

Вторая причина заключается в том, что интернет-терапия имеет потенциал увеличения экономичности (Leykin, Muñoz & Contreras, 2012) за счет повышения самоуправляемости выздоровлением (Gellatly et al., 2007; Kaltenthaler, Parry & Beverley, 2004) и за счет уменьшения траты времени психотерапевта на одного пациента, например с помощью стандартных шаблонов ответов для обратной связи в письменном виде. Хорошо разработанные шаблоны обратной связи, персонализированные терапевтами для каждого отдельного пациента, могут обеспечить более эффективное и экономичное проведение научно обоснованной терапии. Если интернет-вариант СРКПТ может быть столь же эффективным, как очная версия, и требуется лишь 30 минут на лечебную сессию, поскольку веб-сайт охватывает большую часть терапевтического содержания по сравнению с 60 минутами очной лечебной сессии, тогда многим пациентам может помочь одинаковое количество терапевтов и той же стоимости. Существует также возможность для более эффективной терапии за счет внедрения «смешанной»

модели терапии, в которой стандартная очная терапия сочетается с интернет-терапией, чтобы одно и то же содержание можно было охватить меньшим количеством очных сессий.

Третья причина заключается в том, что содержание интернет-лечения также может быть стандартизировано, что уменьшает нежелательные отклонения терапевта и «дрейф» от протоколов лечения (Andrews et al., 2010). Поддержка терапевта по-прежнему рекомендуется в интернет-терапии депрессивного расстройства для поддержания мотивации и руководства и для повышения соблюдения режима лечения (Andersson & Cuijpers, 2009), но использование письменной обратной связи, как мы делаем в пакете интернет-СРКПТ, означает, что проверка соблюдения режима терапии и компетентности в наблюдении за терапией улучшается. Обратная связь проверяется, поэтому только те ответы, которые соответствуют высоким уровням качества и компетентности, направляются пациентам. Таким образом, интернет-терапия позволяет более жестко контролировать, какая терапия проводится, что необходимо для проведения исследований активных составляющих и механизмов терапии, которые постоянно находятся в центре моего исследования. Мои коллеги и я используем интернет-вариант СРКПТ для изучения активных механизмов СРКПТ. Используя фракционно-факториальную разработку, мы только что завершили наше первое технико-экономическое исследование интернет-терапии, чтобы определить, какие модули в КПТ и СРКПТ наиболее эффективны при изменении симптомов и взаимодействуют ли конкретные модули (испытание «УЛУЧШЕНИЕ-1»).

Интернет-версия СРКПТ находится между индивидуальной СРКПТ и групповой СРКПТ в той степени, в которой она способствует гибким и индивидуализированным формулировкам и ФА. Как у групповой СРКПТ, так и у интернет-СРКПТ нет такой же гибкости, как у индивидуальной очной СРКПТ, чтобы адаптировать планы и стратегии и персонализировать терапию. Меньше гибкости и в отношении содержания сессии и меньше возможностей для индивидуального ФА и формулировок, разрабатываемых для каждого пациента, чем в индивидуальной очной терапии. Вместо этого содержание и структура лечебных сессий (то есть веб-страниц, просматриваемых пациентами) заранее фиксируются. Как и групповое лечение, интернет-СРКПТ предоставляет ряд альтернативных руминации стратегий, поощряющих пациента попробовать каждую из них, а затем выбрать те, которые лучше всего работают для него или нее. Тем не менее есть возможности для индивидуализации терапии, потому что все комментарии, ответы, оценки и упражнения пациента доступны онлайн-терапевту, который адаптирует свой письменную обратную связь к конкретным проблемам и комментариям каждого пациента. Это позволяет проводить более

детальные функциональные анализы и обоснованный выбор стратегий. Также есть подробная обратная связь для уточнения планов и стратегий в дополнение к общей поддержке, мониторингу и поощрению.

Доступ к интернет-СРКПТ лечению осуществляется через безопасный и защищенный паролем веб-сайт. Как пациенты, так и терапевты могут получить доступ к веб-сайту, только если он уже настроен для них менеджером веб-сайта, а затем они устанавливают свои собственные персональные пароли для доступа к сайту лечения. В настоящее время доступ к интернет-СРКПТ лечению не открыт — сейчас оно доступно только для пациентов, приглашенных для участия в наших исследованиях, и для наших опытных терапевтов. Мы хотим определить эффективность и безопасность интернет-платформы СРКПТ и любые ограничения, которые она может иметь, прежде чем сделать ее более доступной. Например, профилактическое исследование предполагает, что интернет-СРКПТ может хорошо работать для предотвращения депрессии у молодых людей (см. главу 1), и мы все еще изучаем, эффективна ли она также для взрослых, которые в настоящее время испытывают депрессию.

Текущий пакет лечения состоит из шести модулей, каждый из которых предназначен для еженедельного или двухнедельного выполнения пациентами, причем каждый из них, в свою очередь, разделен на две-пять меньших сессий. Каждая сессия состоит из одной веб-страницы, которая рассчитана на 15–20 минут, чтобы пациент прокрутил вниз и завершил. Это позволяет организовать лечение в виде простых в использовании отрезков, которые не слишком обременительны. Содержание веб-страниц включает текст, предоставление материалов по психообразованию и консультирование; картинки и фотографии; написанные виньетки о лицах с депрессией; и видеоролики с актерами, озвучивающими отзывы, отражающие опыт пациентов, которые прошли курс лечения и поделились информацией о лечении, а также и разъясняющие копинг-стратегии, с некоторыми адаптациями примеров на основе пола и опыта участника. Есть также онлайн-анкеты, рейтинговые шкалы, упражнения, поведенческие эксперименты и аудиозаписи, которые можно загрузить для практики в повседневной жизни. Аудиозаписи включают в себя версии эмпирических упражнений, используемых в отдельных СРКПТ, таких как упражнения на релаксацию, сострадание, конкретность и вовлеченность. Ряд опросников и упражнений автоматически дают обратную связь, если подход выглядит полезным (то есть оценки негативного настроения снижаются по сравнению с показателями, полученными до упражнения). Выбранные компоненты отражают все элементы внутри СРКПТ, включая ПА, плюс работу по ФА, обучению конкретности, вовлеченности и состраданию (Watkins et al., 2007, 2011).

В интернет-СРКПТ, которая используется на сегодняшний день, все компоненты включают краткую онлайн-поддержку терапевта по назначению, поскольку поддерживаемые интернет-интервенции превосходят неподдерживаемые в улучшении удержания пациентов в терапии и приверженности лечению (Andrews et al., 2010). Важно помнить, что поддержка принимает такую форму, когда терапевт читает ответы, упражнения и планы, полученные от пациента в конце каждого модуля, а затем пишет пациенту онлайн-ответ, который обеспечивает поощрение, поддержку, руководство в отношении планов и упражнений и обратную связь. Затем пациент получает доступ к этой поддержке в письменной форме при следующем входе на платформу лечения, что делает ее безопасной и приватной. Пациент не может перейти к следующей сессии без завершения модуля и прочтения обратной связи. Пациенты получают электронное письмо всякий раз, когда есть обратная связь для их прочтения, а терапевты получают электронное письмо, когда сессия была завершена пациентом.

Письменная обратная онлайн-связь занимает у опытного терапевта примерно 20–30 минут на модуль пациента. Обратная связь представляет собой сочетание написания как по определенному скрипту, так и в свободной форме. Терапевт следует стандартизированному встроенному в интернет-платформу шаблону, который отражает ответы пациента на вопросы. Существует шаблон для каждого терапевтического модуля, хотя у терапевтов есть возможность ответить в соответствии с принципами терапии и их знаний о пациенте. Шаблон состоит из структурированной формы с несколькими потенциальными вариантами для каждого раздела обратной связи.

Эта обратная связь сильно отличается от традиционного терапевтического взаимодействия в очной СРКПТ.

Во-первых, взаимодействие между терапевтом и пациентом асимметрично — терапевту и пациенту не обязательно одновременно находиться в одном месте для общения. В отличие от очной терапии, когда пациент и терапевт непосредственно и сразу реагируют друг на друга, в интернет-пакете СРКПТ терапевт записывает свою обратную связь в одно время, а пациент читает и реагирует на нее в другое время. В этом есть недостаток снижения оперативности и гибкости, как один реагирует на другого. С другой стороны, асимметричный характер письменной обратной связи имеет то преимущество, что терапевт и пациент не должны планировать прием, когда оба доступны одновременно. Это дает пациентам больше гибкости в работе через платформу, дает терапевтам время для работы над ответами и дает пациентам больше времени для размышления об обратной связи.

Во-вторых, поскольку вся связь между пациентом и терапевтом осуществляется через письменную обратную связь в текущей версии интернет-СРКПТ, взаимодействия между терапевтом и пациентом не включают невербальные сигналы, которые могут быть столь важны при очном или телефонном контакте, такие как тон голоса и язык тела. Терапевты не могут видеть или слышать невербальные сигналы пациента во время терапии, что затрудняет интерпретацию эмоционального и психического состояния пациента и оценку того, как он или она реагирует на любое терапевтическое действие.

Точно так же пациенты не осознают, что терапевт передает тепло, поддержку и понимание через голос, выражение лица или позу. Как следствие, наш исследовательский опыт показывает, что терапевты нуждаются в дальнейшем специальном обучении при использовании интернет-пакета СРКПТ, чтобы найти способы передать положительные эмоции, эмпатию и тепло только через свои письменные слова. Требуется особое мастерство, чтобы придерживаться принципов СРКПТ, в том числе быть поддерживающим, понимающим, сопереживающим и мотивирующим (принцип 8: фокус на неспецифические факторы), когда вся коммуникация осуществляется в письменном виде. Терапевты должны предпринять целенаправленные усилия, чтобы передать свою эмпатию, понимание и поддержку пациента при написании. Например, важно признать трудности пациента, подкрепить его усилия и успехи, подчеркнуть, что он хорошо справляется, сопереживать ему и делиться эмоциональными чувствами в письменной форме, чтобы повысить мотивацию и поддержку.

Все пациенты начинают с модуля, состоящего из приветственной сессии, которая включает введение в платформу лечения, объяснение важности поиска лучших способов устранения стресса, введение в форму самонаблюдения и идею бесполезных привычек, а также краткое объяснение создания «если... то...»-планов. Все участники также знакомятся с понятиями тревожности и руминации как факторов риска.

Затем пациенты работают с остальными модулями. Каждый модуль представляет различные стратегии и методы из СРКПТ, предназначенные для уменьшения руминации. Затем пациент практикует эти стратегии в эмпирических упражнениях в модуле и в качестве домашнего задания, следующего за модулем. Содержание интернет-СРКПТ строго соответствует содержанию и стратегиям очной СРКПТ.

Явными темами, проходящими через весь пакет лечения, являются важность определения предупреждающих знаков для руминации, разработка «если... то...»-планов и повторяющаяся практика альтернативных стратегий (принцип 5:

связать поведение с триггерами и предупреждающими знаками; принцип 6: подчеркнуть важность повторения и практики). Терапевты могут изменить порядок представления модулей, если это кажется полезным для конкретного пациента. Первая сессия в каждом модуле проверяет ход выполнения домашнего задания из последнего модуля и просит пациента дать обратную связь или задать вопросы. Заключительная сессия в каждом модуле предоставляет краткое изложение того, что было охвачено в модуле, включает в себя составление плана домашних заданий и оценивает симптомы тревожности, депрессии и руминации пациента с помощью стандартизированных вопросников. Заключительная сессия терапии включает размышление о терапии и о том, что было полезно, план профилактики рецидивов и поздравления с завершением программы.

Моя исследовательская лаборатория продолжает изучать интернет-СРКПТ, чтобы сделать ее более доступной в будущем. Если вам интересно узнать больше об интернет-СРКПТ, пожалуйста, свяжитесь со мной.

^{*} Эта глава частично основана на работе, проведенной с Морисом Топпером (Maurice Topper) и Томасом Эрингом (Thomas Ehrling); оба прокомментировали проект данной главы, который я подготовил.

^{**} От англ. Patient Health Questionnaire-9. — *Примеч. пер.*

^{***} От англ. e-mental health. — *Примеч. пер.*

^{****} Оригинальное название на англ. — National Institute for Health and Clinical Excellence. — *Примеч. пер.*

Приложение. Раздаточные материалы *****

Раздаточный материал 1. Основные факты о руминации.

Раздаточный материал 2. Избегание.

Раздаточный материал 3. Постановка цели.

Раздаточный материал 4. Самоконтроль.

Раздаточный материал 5. Отслеживание руминации и избегания.

Раздаточный материал 6. Форма записи эпизодов руминации.

Раздаточный материал 7. Форма «Антецедент — поведение — следствие» (ABC).

Раздаточный материал 8. Быть более эффективным.

Раздаточный материал 9. Форма «Быть более эффективным».

Раздаточный материал 10. Взаимодействие с жизнью через конкретность.

Раздаточный материал 1. Основные факты о руминации

Вы когда-нибудь замечали, что, обдумывая проблему снова и снова, не продвигаетесь в ее решении? Вы уделяете много времени размышлениям о себе и своих чувствах? Увязли в мыслях о том, почему чувствуете себя депрессивным или обдумываете неудачи и ошибки? Вы часто беспокоитесь о чем-либо? Часто спрашиваете: «Почему я?» Замечаете, что в памяти всплывает серия негативных воспоминаний, и каждое расстраивающее воспоминание приводит к такому же грустному воспоминанию? Вы постоянно судите и оцениваете себя, проверяете, насколько хорошо что-то делаете, фокусируясь на том, где не соответствуете собственным ожиданиям? Все эти формы повторяющегося мышления называются **РУМИНАЦИЕЙ**.

Руминация включает в себя повторение одних и тех же мыслей — застревание в неприятной колее.

Этот раздаточный материал объясняет, почему мы хотим уменьшить руминацию, а также содержит некоторые важные факты, известные нам о руминации.

Начнем с вашего собственного руминационного опыта. Потратьте несколько минут, думая о последствиях такого мышления для вас. Запишите свои ответы на следующие вопросы:

Вам становится лучше или хуже?

Руминация увеличивает или снижает уровень вашей энергии?

Руминация увеличивает или уменьшает вероятность того, что вы продолжите следовать своим планам и осуществлять свою деятельность?

Эффекты руминации

Большинство людей считают, что основную часть времени руминация заставляет их чувствовать себя хуже и снижает мотивацию делать что-либо. На самом деле, есть много научных доказательств того, что руминация — главный фактор, способствующий риску возникновения депрессии и ее сохранению. Люди, которые больше руминируют, как правило, впадают в депрессию чаще и на более длительное время. Кроме того, мы знаем, что из-за руминации люди становятся более негативными и менее эффективными в разрешении проблем. Она считается центральным двигателем, усугубляющим депрессию.

Потратьте несколько минут на размышления о том, как бы вы могли чувствовать себя иначе, если бы сократили мышление, описанное в начале этого раздаточного материала, — представьте, какой стала бы ваша жизнь без руминации. **Это то, чего мы надеемся достичь в рамках данной терапии — помочь вам найти лучшие способы вывести руминацию из игры.**

Ознакомление с руминацией

Хорошее начало борьбы с руминацией — узнать о ней немного больше. Вот некоторые ключевые факты о руминации.

1. Руминация — обычная и нормальная реакция на трудности. Мы все время от времени руминируем о чем-либо. Когда есть проблема, естественно попытаться решить ее, проработать и осмыслить, думая о ней. Действительно, это может быть полезно, например, посмотрите, как анализ помогает нам разрешить практические проблемы. Такой образ мышления привел ко многим достижениям в науке и технике.

Однако обдумывание проблем может оказаться бесполезным, если вы заиклитесь, если это продолжается слишком долго и, похоже, не приводит к какому-либо разрешению проблемы, — именно на таком мышлении мы фокусируемся, когда говорим о депрессивной руминации. Одна важная вещь, которую мы сделаем в этой терапии, — попытаемся найти разницу между полезным мышлением, ведущим к разрешению проблем, и руминацией, которая замыкается и не дает решения.

2. Размышление о проблемах и трудностях иногда бывает полезным, а иногда — бесполезным. То, как мы думаем о чем-либо, важно для определения, увязнем мы или сумеем разрешить проблему. В ходе данной терапии мы изучим, как развить более полезный стиль мышления. Таким образом, второе, что нужно помнить о руминации, — то, что стиль мышления важен для определения, как все сложится. В частности, похоже, что люди застревают в руминации, если пробуют и думают о **неправильных вещах**, например, если они задают вопросы, на которые нет ответов, или если баланс их мышления не совсем правильный.

3. Полезное мышление о расстраивающих событиях и проблемах хорошо сбалансировано между мыслью и действиями. Чтобы думать о проблемах и трудностях было полезно, баланс между мышлением и действиями должен быть правильным. Если слишком много размышлений, которые не приводят к действию, люди часто застревают — так же, как бесполезно предпринимать действие без всякого обдумывания. Мышление приносит пользу, если действует как руководство к действию, а действие служит основой для дальнейшего мышления, так что одно перекликается с другим. Однако если мышление становится гораздо более интенсивным, чем действие, или заменяет его, в конечном итоге мы откладываем и избегаем, а проблемы остаются.

Представьте, что ваша машина не заводится. Полезно остановиться и подумать, почему она может не заводится, прикинуть в уме возможные причины этого, например проблемы со свечами зажигания, двигатель слишком холодный, аккумулятор разряжен. Такое мышление поможет разрешить проблему. Но чтобы это мышление стало полезным, нужно активно исследовать, например, заглянуть под капот, опробовать разные вещи и т.д. Просто думать — не решение. Подобным образом, лишь пробовать действие, не обдумывая проблему, тоже, вероятно, не позволит разрешить проблему, например многократное поворачивание ключа в зажигании. Так что баланс важен.

Давайте представим себе разницу между тем, когда мы спрашиваем:

«Почему машина не заводится? Как я могу починить ее?»

и

«Почему это происходит со мной?»

Какое влияние на нас оказывает то, что мы задаем два этих разных вопроса?

Заметили ли вы, что вопросы «Почему машина не заводится? Как я могу ее починить?» помогают сфокусироваться на том, что происходит, что произошло с машиной и как можно устранить проблему?

Заметили ли вы, что вопрос «Почему это происходит со мной?» заставляет больше фокусироваться на себе и, вероятно, задуматься о смысле того, что автомобиль не заводится (например, насколько неудобно может быть, когда автомобиль не заводится, или как подобные вещи продолжают происходить с вами, или что это ваша вина)? Вы подумали о других плохих вещах, которые с вами происходят?

В целом мы считаем, что вопросы типа «почему» рассматривают оценочные значения и бесполезны, в то время как полезно подумать о том, как все исправить и сделать. Мы фокусируемся на этом отличии размышлений о конкретных деталях и размышлений о значении событий по мере продвижения терапии, используя ваш собственный опыт, чтобы отточить ваши навыки в данном направлении.

4. Руминация — это выученная привычка, и старые привычки можно заменить на новые. Руминация была выучена потому, что ей нас обучили, или потому, что в какой-то момент была польза от этого или вознаграждение за это. Многие руминирующие говорят о том, что они научились так думать от одного или обоих родителей. Для некоторых людей руминация, возможно, была полезной реакцией в детстве, хотя больше не помогает. Например, для кого-то с очень критичным, легко раздражающимся родителем потратить много времени на размышления о том, расстроен ли тот, и подумать, как все исправить, может быть хорошей стратегией, чтобы избежать критики или наказания. Однако, если привычку переучить и применять к другим ситуациям, данная стратегия может стать проблематичной, поскольку поведение каждого подвергается чрезмерному анализу.

Основная мысль заключается в том, что любое выученное поведение или привычка могут быть заменены на новую, более полезную — повторяющиеся попытки сделать разные вещи способными помочь нам узнать новый набор реакций. Таким образом, есть шанс изменить привычку руминировать. Одно из первых действий, которые терапевт попросит вас сделать, — вести учет вашей

руминации. Это нужно, чтобы больше узнать об этой привычке. Повышение осведомленности о той или иной привычке — первый шаг на пути ее изменения.

Ключевые пункты

1. Руминация — существенный фактор, вызывающий и поддерживающий депрессию.
2. Руминация — нормальная и распространенная реакция на проблемы.
3. Руминация становится бесполезной, когда теряется баланс между мышлением и действием.
4. Руминация — это выученная привычка.
5. Данная терапия сфокусирована на отказе от бесполезной руминации и изучении новых привычек более эффективного мышления.

Что нужно сделать

1. Постарайтесь узнать больше о вашей руминации, еже-дневно заполняя формы дневника руминации (Раздаточные материалы 5 и 6).
2. Старайтесь замечать различия между полезным и бесполезным мышлением — будьте внимательны к периодам, когда ваше мышление помогает разрешить проблему или составить план, и сравнивайте их с теми периодами, когда ваше мышление увязает и заставляет вас чувствовать себя хуже. Сравните две ситуации и посмотрите, какие отличия можно выделить.

Раздаточный материал 2. Избегание

Что такое избегание

Общим элементом, который влияет на сохранение депрессии у многих людей, является избегание. Оно может принимать разные формы, в том числе:

1. Прокрастинация — откладывание дел на потом, прокручивание событий в голове снова и снова без принятия решения.

2. Попытки не думать о расстраивающих или эмоциональных событиях.
3. Подавление чувств.
4. Нежелание выполнять новые задачи и рисковать.
5. Отстранение от других людей, попытки спрятаться от них.
6. Отказ от деятельности, которой вы раньше наслаждались или которая у вас хорошо получалась.
7. Отсутствие асертивности (уверенности) или невыражение своих чувств другим людям.
8. Предпочтение думать о чем-либо вместо того, чтобы делать что-либо.
9. Одурманивание себя наркотиками или алкоголем.

Потратьте несколько минут, размышляя о том, какую из этих форм избегания (или других типов, не перечисленных здесь) вы, вероятно, практикуете.

Используйте строки ниже, чтобы записать основные моменты, которых вы избегаете. Старайтесь быть максимально конкретным и подробным:

Ключевые сведения об избегании

- 1. Избегание — нормальная реакция на угрозы и трудности.** Оно полезно для кратковременных проблем: для острых или краткосрочных трудностей это может быть очень эффективной стратегией. Когда мы сталкиваемся с непосредственной угрозой, такой как нападение, уйти и убежать — самое разумное.

Подобным образом, работая над важной задачей, бывает полезно оттолкнуть мешающие расстраивающие мысли до тех пор, пока работа не будет завершена. Однако избегание менее полезно, когда применяется к долгосрочным проблемам, которые не разрешаются сами собой и быстро.

- 2. Избегание менее полезно в долгосрочной перспективе.** У него есть несколько недостатков.

Избегание приводит к тому, что вы не вступаете в прямой контакт с текущей проблемой. Избегая столкновения с ней, вы теряете шанс ее исправить; она никуда не уйдет, а это может привести к большему дистрессу и трудностям. Например, если вы не говорите кому-либо о том, как они себя ведут и что это вас расстраивает, скорее всего, это приведет к продолжению действий и, как результат, — к еще большим страданиям для вас.

Избегание замыкает вашу жизнь. Оно имеет тенденцию распространяться и обобщаться на все новые вещи, приводя к закрытой, не очень наполненной жизни. Стараясь избегать плохого, мы часто сокращаем нашу деятельность, таким образом происходит меньше и позитивных вещей. Чтобы избежать риска неудачи, человек перестает делать и то, где есть шанс на успех, либо учиться чему-то новому. Избегание может расширяться до тех пор, пока не останется очень мало видов деятельности, где есть вероятность почувствовать себя живым или наполненным, что еще больше подогревает депрессивное настроение. Чтобы уменьшить депрессию, вам нужно открыться навстречу вариантам и возможностям, дать себе возможность заниматься увлекательными и вознаграждаемыми видами деятельности — избегание предотвращает и ограничивает это.

Ваш собственный опыт избегания

Подумайте о собственном опыте избегания — хотя это, вероятно, помогло в краткосрочной перспективе избежать боли и огорчения, улучшилось ли ваше положение в долгосрочной перспективе или ухудшилось?

Начав избегать чего-либо, что вы заметили: со временем избегание увеличилось или уменьшилось?

Снижение уровня избегания

1. Замените избегание целенаправленным поведением — попробуйте что-то новое. Избегание бывает трудно снизить. Оно стало привычкой, и вы чувствуете себя в безопасности. Боязнь, что вдруг что-то станет хуже, или неудачи и унижения, или плохая реакция людей затрудняют попытки измениться. Тем не менее данная терапия будет сфокусирована на снижении избегания и замене его целенаправленным поведением — на попытке охватить жизнь и то, что вы можете получить от нее, вместо того чтобы пытаться пройти через нее, испытывая как можно меньше боли.

2. Начните с небольших шагов. Определите, что вы раньше делали и от чего получали удовольствие, и работайте над укреплением этого в первую очередь.

Разбейте каждую задачу на более мелкие управляемые шаги — не пытайтесь сделать все сразу.

3. Посмотрите на плюсы и минусы избегания. Для каждого действия, которого вы избегаете, взвешивайте преимущества и недостатки того, чтобы его не делать и делать. Будете ли вы чувствовать себя лучше, когда сделаете это, вместо того чтобы откладывать?

4. Сфокусируйтесь на том, чтобы хорошо делать что-то само по себе, а не на том, достаточно ли хорошо вы это делаете. Во многом избегание связано со страхом сделать что-то недостаточно хорошо, не быть достаточно хорошим. Вместо того чтобы сосредотачиваться на результате действия (сработало это или нет?), настолько хорошо, насколько можете, сфокусируйтесь на процессе делаемого — погрузитесь в то, как вы это делаете, и сконцентрируйтесь на собственном удовольствии от этого. Например, при занятиях спортом можно сфокусироваться на совершенствовании техники и удовольствии от участия, а не на том, выиграете вы или проигрываете.

5. Помните: чтобы стать лучше, нужна практика.

6. Ожидание чего-либо часто бывает более пугающим, чем реальность. Поэтому полезно попробовать что-либо и посмотреть, пойдет ли это так плохо, как вы ожидали.

7. Хорошая подготовка способна помочь попробовать что-то новое. Представлять себе заранее, как что-то получается, иногда полезно. Представьте так ярко, как можете, как вы будете чувствовать себя, занимаясь чем-либо (или как вы привыкли чувствовать себя, когда делали это), — это помогает мотивировать действие.

8. Хороший распорядок дня. Выполнение одних и тех же действий в одно и то же время и в том же месте помогает уменьшить избегание.

9. Когда вы планируете что-либо, полезно проговорить, когда, где и как вы будете это делать. Например, можно сказать: «Я пойду плавать в 10 часов утра в субботу, приготовлю сумку с купальником и полотенцем накануне вечером». Проговаривание, когда и где вы будете что-то делать, повышает вероятность того, что вы сделаете это, вместо того чтобы откладывать на другой день.

Что нужно сделать

1. Посмотрите на список того, чего вы избегаете. Подумайте о плюсах и минусах того, чтобы не делать это.
2. Продолжайте следить за своим избеганием, делая записи в еженедельном дневнике (Раздаточный материал 5).
3. Выберите одно действие, которого вы избегаете, и запланируйте, как начать его делать снова. Лучше всего выбирать то, что, как вам кажется, легче возобновить, и то, что, как вы знаете, улучшает ваше самочувствие при выполнении.
4. Обсудите с терапевтом, как вы можете начать новую деятельность.

Раздаточный материал 3. Постановка цели

Когда люди находятся в депрессии, им часто трудно ставить перед собой цели. В частности, руминация может быть связана с наличием **нереальных или недостижимых целей**. Поэтому важно внимательно рассмотреть цели, которые вы ставите перед собой.

При рассмотрении целей и планов полезно использовать мнемонику **SMART**, которая расшифровывается как:

- конкретный;
- измеримый;
- достижимый;
- реалистичный;
- ограниченный по времени.

Конкретный

Цель или план сфокусированы и конкретны, разбиты на небольшие шаги, изложены с точки зрения того, как, когда, где и с кем вы будете это делать.



Измеримый

Цель может быть описана достаточно подробно с точки зрения того, что вы на самом деле сделаете так, чтобы вы (и другие люди) могли определить, сделано это или нет. Один из способов сделать цель измеримой — иметь четкий физический маркер успеха, которого вы пытаетесь достичь.

Лучше избегать целей, которые предполагают отсутствие результата (например, не потерпеть неудачу, не огорчать людей, не быть депрессивным). У таких целей нет четкой точки достижения. Лучше ставьте себе цели, в которых изложено то, к чему вы стремитесь и чего хотите достичь.

Достижимый: реален ли успех в достижении этой цели

Цель должна быть достижимой в какой-то момент. Цели, которые невозможны, недостижимы. В идеале это должно быть что-то, что может произойти, если у вас есть навыки и способности делать что-либо правильно. Если результат маловероятен, даже если вы все сделаете правильно, цель может считаться недостижимой.

Цели часто недостижимы напрямую, потому что цель или план требуют, чтобы произошло что-то, находящееся вне вашего контроля (например, чтобы кто-то другой согласился на запрос, когда все доказательства указывают на то, что он вряд ли согласится на какие-либо запросы, будь то разумные или неразумные). В ситуациях, когда один аспект вашего окружения (например, конкретный человек) вряд ли обеспечит желаемый результат, цель может быть переформулирована полезным образом с фокусировкой внимания либо на изменении в окружении (например, разрыв отношений), либо на других его аспектах (например, может ли кто-то еще оказать помощь и поддержку).

Реалистичный: готовы ли вы и способны ли достичь этой цели

Можете ли вы что-то сделать для достижения цели? Реально ли для вас попытаться решить эту задачу прямо сейчас? Предполагая, что цель достижима, обладаете ли вы навыками, способностями и опытом для успеха? В идеале цель должна быть чуть впереди этапа, на котором вы находитесь сейчас (то есть небольшой шаг вперед). Если цель не сразу становится реалистичной, найдите то, что мешает ей быть таковой, и скорректируйте ее, чтобы справиться с препятствиями, либо поставьте новую, меньшую цель, чтобы продвинуться в достижении изначальной цели.

Ограниченный по времени

Цель или план имеют временную последовательность, которой нужно следовать, и время, когда они будут реализованы. Наличие графика имеет решающее значение для фокусирования ваших планов на достижении цели. Полезно просматривать мнемонику SMART всякий раз, когда ваши планы увенчаются успехом или провалятся, чтобы вы могли сделать выводы из полученного опыта и использовать более полезные аспекты SMART-подхода в будущих ситуациях.

Конфликт цели

Также полезно проверить, не конфликтуют ли какие-либо из ваших целей друг с другом, поскольку наличие конфликтующих целей — хороший способ заработать стресс и начать руминировать.

Например, желание, чтобы люди делали все правильно, и желание никогда с ними не спорить, скорее всего, будут конфликтующими целями.

Если какие-либо цели находятся в конфликте, полезно их взвесить, рассмотреть преимущества и недостатки, чтобы определить приоритет одной из них и поставить ее на первое место.

Раздаточный материал 4. Самоконтроль

Важным аспектом данного терапевтического подхода является самоконтроль руминации и избегания, чтобы вы могли практиковать их **выявление как можно раньше**.

Самоконтроль — важная часть терапии, потому что и руминация, и избегание — автоматические привычки, возникающие неосознанно, так что они часто появляются незаметно для вас.

Ключевые аспекты самоконтроля

1. Первый шаг в изменении привычки — заметить, что вы делаете это. Как только вы осознаете эту привычку и она вступит в действие, можно начать ее менять. Много из того, что мы будем делать в терапии, зависит от того, заметите ли вы свое мышление — без осознания изменить привычку почти невозможно.

2. Чем чаще и раньше вы обнаруживаете привычку, тем лучше. Чем дольше продолжается избегание или руминация, тем хуже она становится, тем труднее ее остановить и тем больше она усваивается, укрепляется и становится автоматической. И наоборот, чем чаще вы ее замечаете и чем больше осознаете, тем менее привычной и более слабой она становится. Аналогичным образом, чем раньше вы обнаружите первые признаки или триггеры для заикливания на негативных вещах, тем раньше сможете остановить это и заменить руминацию новой реакцией.

Раннее обнаружение руминации, а затем оперативное принятие мер тоже имеет преимущество в виде продления периода времени без руминации. Кроме того, если вы неоднократно используете новую реакцию при появлении ранних знаков руминации, эти триггеры становятся связаны с позитивной реакцией, а не с руминацией. Таким образом, есть много преимуществ в том, чтобы лучше осознавать триггеры руминации. Более глубокое осознание ранних знаков поможет «пресечь руминацию на корню».

3. Следите за предупреждающими знаками руминации и избегания.

При попытке обнаружить руминацию и избегание важно заметить знаки и триггеры, связанные с началом этого поведения. Распознавание ранних предупреждающих знаков дает дополнительные ориентиры там, где вы можете вмешаться и применить новые, более полезные реакции вместо руминации.

Триггеры могут включать в себя:

- 1) Чувства и эмоции (например, грусть, гнев или тревогу) — внимание к выражению лица, положению тела и внутренним ощущениям помогает заметить изменения в эмоциях.
- 2) Физические ощущения (например, усталость, боль, напряжение, головные боли).

- 3) Мысли и образы (например, представление негативного -опыта, сравнение себя с кем-то).
- 4) Поведение (например, противостояние кому-либо).
- 5) Сигналы в окружающем мире (например, посещение определенного места, время суток).
- 6) Как другие люди поступают по отношению к вам.

При поиске сигналов к руминации и избеганию полезно учитывать все эти разные возможности.

4. Охотьтесь за сигналами. Полезно использовать подход «охота за сокровищами» и каждую неделю искать более ранние сигналы к руминации и избеганию. Продолжайте спрашивать себя: «Какие новые, еще более ранние сигналы я обнаружил на этой неделе?»

Чем раньше вы заметите признаки того, что собираетесь руминировать или избегать ситуации, тем лучше сможете останавливать руминацию или избегание. Для этого я рекомендую продолжать поиски все более ранних знаков.

5. Используйте формы отслеживания. План терапии включает в себя самоконтроль между сессиями, когда терапевт попросит вас заполнять формы отслеживания руминации, отмечая ключевые эпизоды руминации и избегания и то, как часто они происходят.

Эти формы, которые вы заполняете еженедельно, предна-значены для того, чтобы лучше осознать руминацию и избегание, а также их триггеры. Важно заполнять каждую форму каждую неделю — на каждой сессии мы будем просматривать формы, чтобы увидеть, как проходит самоконтроль и наблюдаются ли какие-либо новые знаки.

Ключевые пункты

1. Первый шаг в изменении привычки — заметить, что вы делаете это.
2. Чем чаще и раньше вы обнаруживаете привычку, тем лучше результат.
3. Следите за предупреждающими знаками руминации и избегания.

4. Охотьтесь за сигналами.
5. Используйте формы отслеживания.

Что нужно сделать

1. Каждую неделю заполняйте форму отслеживания руминации и избегания (см. Раздаточный материал 5).
2. Также может быть полезно вести и обновлять список замеченных знаков и сигналов (список триггеров/знаков).

Раздаточный материал 5. Отслеживание руминации и избегания

Имя: _____ **Дата заполнения:** _____

Будет очень полезно, если вы сможете вести учет того, как часто думаете, размышляете, беспокоитесь или поглощены своими чувствами, произошедшими неприятными событиями, текущими проблемами и чем-то другим о себе или будущем. Мы называем это «руминацией». Также следите за тем, насколько сильно вы избегаете чего-либо (например, не ведете себя уверенно с другими людьми, не посещаете определенные места, не пробуете новые или сложные виды деятельности, не выполняете планы, отказываетесь от деятельности, откладываете дела на потом). Это действительно помогло бы, если бы каждую неделю до того, как начнется терапия, вы отвечали на следующие вопросы, которые позволят терапевту понять, насколько сильно вы заикливайтесь на негативных вещах.

В течение последней недели какой процент времени вы постоянно размышляли или были поглощены негативными мыслями о расстраивающем вопросе, событии или проблеме: от 0 (совсем не) до 100 (все время) _____ /100.

На прошлой неделе насколько сильно вы чувствовали, что контролируете повторяющееся беспокойство: от 0 (никакого контроля вообще) до 100 (полностью контролируете его) _____ /100.

На прошлой неделе насколько заикленность на негативных вещах мешала вашим планам или помешала делать то, что вы хотели: от 0 (никакого эффекта совсем) до 100 (совсем не позволяла мне делать все, что я хотел) _____ /100.

Как долго длился худший период руминации _____ минут/часов.

Как долго длилась руминация в общей сложности в течение всей недели _____ часов.

За последнюю неделю как часто вы избегали или откладывали какие-либо действия: от 0 (ни разу) до 100 (все время) _____ /100.

На прошлой неделе насколько, по вашему мнению, вы контролировали свое избегание — насколько могли контролировать, делали ли что-либо, даже если не чувствовали, что вам нравится это делать: от 0 (никакого контроля вообще) до 100 (полностью контролировали) _____ /100.

За последнюю неделю насколько избегание чего-либо останавливало или мешало вам делать то, что вы хотели: от 0 (никакого вмешательства) до 100 (полностью мешало мне делать все, что я хотел) _____ /100.

СПАСИБО!

Раздаточный материал 6. Форма записи эпизодов руминации

Сообщите подробности о **ДВУХ эпизодах**, когда вы волновались или останавливались на чем-то огорчающем **каждую неделю**. Используйте для этого форму, приведенную ниже. Данная информация поможет терапевту понять, о чем вы беспокоитесь и как вам помочь. Под **руминацией** мы понимаем неоднократные размышления, остановки, беспокойство или поглощение своими чувствами, произошедшими тревожными событиями, текущими проблемами, вещами о себе или будущем. Для каждого примера, пожалуйста, обратите внимание на то, когда это произошло, что случилось непосредственно перед началом, как вы чувствовали себя раньше, как долго это продолжалось, о чем это было, какое влияние это оказало на вас и что это остановило. Не беспокойтесь о том, как заполняете форму, — нет правильных или неправильных ответов; орфография, грамматика и аккуратность не важны. Форма — лишь способ собрать полезную информацию о вашем мышлении.

Дата	Время	Что случилось непосредственно перед тем, как началась руминация?	Как вы себя чувствовали до этого?	Продолжительность	О чем вы думали?	Какие были последствия руминации — для настроения и действия?	Что остановило руминацию? Что вы пытались сделать, чтобы остановить ее? Это было полезно?

10/5/15	22:00	Пошел спать.	Тревожный, грустный	2 часа	Почему я так плохо себя чувствую? Почему я не могу заснуть? Обо всем, что я не сделал сегодня	Не мог спать. Чувствовал себя хуже	В конце концов уснул после приема сно-творного

Раздаточный материал 7. Форма «Антецедент — поведение — следствие» (ABC)

Эта форма ABC предназначена для выявления предупреждающих знаков и следствий руминации. Найдите недавний пример, когда вы руминировали, и заполните таблицу, приведенную ниже, отвечая на вопросы в каждом поле; первоначально — с помощью терапевта.

Антецедент	Что предшествует В? Что является триггером В: событие, чувство, мысль, человек, место, время, действие? Определить контекст: где, когда, кто, что, как?		
	Поведение	Что вы сделали: поведение, выбранное в качестве мишени терапии, чтобы разобраться, и увеличение или уменьшение. Укажите детали, как происходит поведение (например, содержание и стиль руминации).	
		Следствие	Что является следствием В — положительным/отрицательным, кратко-срочным/долгосрочным, для себя, для других — для значимых целей?

	Какой у него эффект? Что оно увеличивает/уменьшает? Каковы его плюсы/минусы? Чего оно избегает? Что произойдет, если вы не сделаете В? Какой будет эффект, если не делать В? Что бы вы делали вместо этого?
--	--

Раздаточный материал 8. Быть более эффективным

Чтобы стать более эффективным в мышлении и действиях, надо научиться направлять ваши мысли и действия так, чтобы вы -могли быть более успешными в достижении желаемых целей. Мы уже видели, что **руминация часто включает в себя мышление, которое не приводит к полезным действиям**, поэтому овладение навыком быть более эффективным ее уменьшит.

Помните также, что мы наблюдали, как вы можете думать о проблемах по-разному:

Иногда думать о проблемах полезно — это помогает разрешить проблему, позволяя чувствовать себя лучше.	Иногда вы можете застрять, руминируя снова и снова таким образом, что чувствуете себя хуже и без какого-либо прогресса.
---	---

Мы сфокусируемся на том, как вы можете извлечь уроки из собственного опыта, чтобы увеличить полезное мышление, при этом уменьшая бесполезное, а также ослабить руминацию.

Ключ к повышению эффективности — использовать собственный опыт, чтобы узнать, что работает, а затем изменить свое мышление и поведение к лучшему.

Учиться на собственном опыте *****

Быть более эффективным — значит знать, что работает, а что нет. Это как можно больше учиться на собственном опыте, обращая внимание на то, что сработало, а что не сработало в прошлом, и замечая различия между этими ситуациями.

Мы все учимся на собственном опыте, чтобы стать более эффективными. Оглянитесь назад и подумайте о навыках, в которых вы стали лучше. Подумайте о том, как извлекли уроки и из своих успехов, и из своих неудач.

Депрессия и руминация могут снизить способность учиться на собственном опыте.

Когда люди находятся в депрессии, они, как правило, не замечают изменений и думают, что все остается по-прежнему, не может улучшиться. Это затрудняет обучение на успехах и неудачах. Аналогичным образом, руминация включает в себя тенденцию рассматривать сходство разных ситуаций и видеть в них распространенные и общие абстрактные темы, часто связывая увиденное с личной неадекватностью (например, «Я неудачник»). Во время руминации одна негативная мысль или воспоминание часто связаны с другими негативными воспоминаниями, что быстро приводит к спирали негативных воспоминаний.

Чтобы быть более эффективным, нужен системный подход, который борется с последствиями депрессии и руминации. Мы называем его «функциональным анализом». Это подход, который вы практикуете с терапевтом.

Ключевые аспекты функционального анализа

Обратите внимание на изменения: следите за различиями в ситуациях и изменениями во времени

Осознание того, что иногда мы добиваемся успеха, а иногда терпим неудачи, и поиск различий между ними — ключевой шаг в изменении нашего мышления и поведения, чтобы стать более успешными. Сознательное наблюдение за тем, как меняются ситуации и действия, важно для преодоления чувства, что ничего не меняется, которое часто возникает из-за депрессии.

Например, представьте, что Джилл хочет написать что-то важное (разобраться со счетами или письмами, продолжить работу и т.д.), но ей трудно начать, и она продолжает откладывать работу. Затем Джилл заикливается на том, что не сделала этого, чувствуя себя подавленной и думая: «Почему я не могу этого сделать?»

Чтобы быть более эффективной, Джилл могла бы подумать о том, были ли различия в том, насколько хорошо она могла писать в разных случаях. На самом

деле, она помнит времена, когда довольно хорошо писала, и времена, когда ей было труднее.

Глядя на различия между периодами, мы можем увидеть следующее:

ХОРОШО ПИШЕТ	ПЛОХО ПИШЕТ
У Джилл есть опрятное пространство вдали от отвлекающих факторов. Она фокусируется на пошаговых деталях того, что делает.	В кабинете Джилл полный беспорядок. Она сфокусирована на оценке того, насколько хорошо справляется: будет ли то, что она напишет, достаточно хорошо?

Поэтому, чтобы было легче писать, Джилл, вероятно, придется планировать работу в спокойном, опрятном месте и фокусироваться на каждом элементе, над которым работает по отдельности, а не проверять то, насколько она справляется.

Различия окружающего нас мира и то, как люди думают, и то, что они делают, — все это может определить, полезно думать о проблемах (разрешении проблем) или бесполезно (руминация). Подумайте, что происходит, когда вы начинаете думать о проблеме. Вспомните период, когда думали о ней и быстро, в течение 15 минут, приходили к плану или находили решение.

Вспомните ситуацию как можно ярче. Запишите, что вы делали, о чем думали, где были и как подошли к проблеме.

Теперь подумайте о времени, когда вы думали о проблеме и обнаружили, что вам трудно выработать план или решение, снова и снова повторяя проблему в течение многих часов без успеха. Вспомните ситуацию как можно ярче. Запишите, что вы делали, о чем думали, где были и как подошли к проблеме.

Чем отличались две эти ситуации? Чем отличались проблемы?

Вы по-разному думали о них? Чему вы можете научиться на этом опыте?

Обратите внимание на то, что уникально в каждой ситуации: особые обстоятельства

Каждая попытка размышления и действия происходит в отличном контексте и наборе обстоятельств — это уникальная и разная комбинация того, что вы делаете, как делаете, когда делаете, где делаете, почему делаете, кто еще к этому причастен, ваше физическое и психическое состояние; условия, в которых

это делается. Полное описание всех элементов имеет важное значение для изучения факторов, влияющих на успех.

Например, Джилл нужно запоминать детали каждого раза, когда она пытается писать, чтобы отметить, чем отличаются ситуации ее эффективности и неэффективности.



Краткий обзор полезных вопросов:



Джилл эти вопросы могут дать следующую информацию:

Фокусирование внимания на конкретных, уникальных аспектах ситуации работает против склонности руминации к обобщению одной ситуации на множество. Полезнее думать «Я потерпел неудачу, потому что устал и не был готов», чем «Я неудачник». Объяснение, включающее в себя информацию, специфичную для данной ситуации, — менее общее и дает подсказки, что делать в следующий раз, чтобы быть более продуктивным.

Обратите внимание на последствия любого действия

Имеют ли действие какие-либо преимущества или вознаграждение, повышающие вероятность повторного выполнения действия? Каким целям оно служит?

Понимание последствий действия помогает определить, полезно ли оно (дает ли оно то, что я хочу) и существуют ли альтернативы (есть ли другие способы достижения тех же целей).

Например, для Джилл откладывание написания может быть способом избежать ситуации, которая включает в себя осуждение самой себя. Чтобы вернуться к писательству, Джилл, вероятно, придется найти способ писать, не всегда оценивая себя. Тем не менее, когда Джилл пишет, она начинает чувствовать себя более контролируемой и продуктивной.

Практика функционального анализа

В каждой ситуации размышления о различиях, конкретных обстоятельствах и последствиях помогают составить более полезное представление о том, что может происходить, уменьшить руминацию и направлять планы на будущее.

У нас есть конкретная форма помощи — форма «Быть более эффективным». Раздаточный материал 9 представляет собой пример незаполненной формы. Посмотрите на нее и подумайте, как бы вы ее использовали. Терапевт обсудит с вами, как использовать эту форму изо дня в день.

Со временем набор таких форм предоставит информацию о том, что увеличивает шансы на полезное мышление и полезные действия. В дальнейшем эта информация может использоваться для составления лучших планов.

Ключевые пункты

1. Быть более эффективным — значит учиться тому, что работает, а что нет.
2. Мы все учимся на собственном опыте, чтобы стать более эффективными.
3. Депрессия и руминация могут уменьшить способность учиться на опыте.
4. Чтобы быть более эффективным, нужен системный подход, который борется с последствиями депрессии и руминации. Мы называем это функциональным анализом.
5. Ключевые аспекты функционального анализа:
 - **внимание на изменения** — следите за различиями в ситуациях и тем, как все меняется со временем;

- **внимание на то, что уникально в каждой ситуации** — -акцент на конкретные обстоятельства;
- **внимание на последствия** любого действия.

Что нужно сделать

1. *Регулярно заполняйте форму «Быть более эффективным»* в качестве реакции на трудности и предупреждающие знаки для руминации и избегания.
2. Просмотрите, что вы узнали, когда заполняли ряд этих форм. Какие подходы полезнее? Измените то, как вы справляетесь с ситуациями в ответ на полученную информацию.

Раздаточный материал 9. Форма «Быть более эффективным»

Заполняйте эту форму после каждого успеха или неудачи. Используйте вопросы, данные под таблицей, для заполнения каждого столбца, а потом запишите свой план/решение.

Детальные вопросы	Текущая ситуа-ция ^a (успех/неудача) (например, хотел что-то сделать и сделал это)	Аналогичная ситуация с противоположным результатом (неудача/успех) (например, хотел что-то сделать и не сделал это)
Что? Включить цель, события, действия, чувства, физическое состояние, результат		
Что? Включить цель, события, действия, чувства, физическое состояние, результат		
Где? Местоположение, обстановка, состояние		
Когда? Время, день, что предшествовало ситуации		
Как? Как разворачивалось событие шаг за шагом, ваше отношение к ситуации		
Кто?		

^a Что уникально в этой ситуации? Подробно опишите контекст события, ответив на каждый вопрос. Это событие было успешным или неудачным?

^b Опишите аналогичную ситуацию или задачу, у которой был другой результат (например, успех или неудача), и что произошло на этой неделе или ранее. Чем отличаются ситуации? Какие выводы вы можете сделать из этого?

План/решение на будущее: _____

Раздаточный материал 10. Взаимодействие с жизнью через конкретность

Отсутствие связи с опытом

Ты там, но не там!

Депрессия часто мешает людям полностью соприкоснуться с опытом и включиться в жизнь. Вы можете делать то, что вам обычно нравится, но при этом ничего не чувствовать или чувствовать себя оторванным. Вы можете присутствовать физически, но не мысленно или эмоционально. Например, можете разговаривать с другом или играть со своими детьми, но ничего не чувствовать. Вы там есть, но вас там нет — вы не в полной мере уделяете внимание опыту или не соединяетесь с ним.

Потратьте несколько минут на размышления о случаях, когда вы не полностью включаетесь, или обратите внимание на переживание того, что делаете, — в те моменты, когда вы не полностью там. Это могут быть моменты, когда вы чувствуете себя немного оцепеневшим, рассеянным, отстраненным, или когда чувствуете, что совершаете какие-то движения. Используйте строки, приведенные ниже, чтобы записать несколько примеров, когда вы не полностью испытали то, что делали.

Постарайтесь быть как можно более специфичным и по-дробным (конкретным), насколько возможно:

Последствия отсутствия связи с опытом

Начнем с рассмотрения вашего собственного опыта неполной связи с деятельностью или другими людьми. Потратьте несколько минут на размышления о том, как это влияет на вас, и запишите свои ответы на следующие вопросы:

Вам становится лучше или хуже	☐ Лучше	☐ Хуже
Это увеличивает или снижает уровень вашей энергии	☐ Увеличение	☐ Уменьшение
Увеличивает это или уменьшает вероятность того, что вы будете следовать своим планам и выполнять действия?	☐ Увеличение	☐ Уменьшение

Депрессия и отсутствие связи с опытом

Отсутствие связи с опытом способствует депрессии двумя основными способами:

- Если вы не соединяетесь с опытом, то не получаете пользы от того, что делаете что-то приятное, — вы можете делать что-то, что обычно было полезным или приятным, но при этом не чувствуете себя лучше. Таким образом, что бы вы ни делали, ваше настроение не улучшится.
- Если вы не соприкоснетесь с опытом, то не будете способны замечать, что происходит вокруг и есть ли какие-либо изменения, не научитесь ничему на успехах и неудачах. Скорее всего, вы будете снова и снова повторять одни и те же ошибки, поскольку нет никаких шансов понять, что вы могли бы сделать по-другому.

Абстрактное мышление и отсутствие связи с опытом

Как руминация, так и свехобобщение способствуют невозможности установления прямой связи с опытом. Когда кто-то руминирует, его ум полон мыслей, которые вертятся вокруг проблем, а он на самом деле не обращает внимания на то, что делает. Аналогичным образом, когда кто-то делает поспешные выводы из события и думает о том, что это может означать для будущего и его самого (свехобобщение), он уходит от прямого переживания происходящего и обращается к абстрактным -мыслям о данном опыте. Слишком абстрактное мышление может помешать вам соприкоснуться с опытом и лишить вас преимуществ прямой связи с окружающим миром.

Избегание и отсутствие связи с опытом

Мы также можем потерять связь с нашим непосредственным опытом, потому что пытаемся избегать новых вызовов и рисков, мыслей о неприятных или эмоциональных событиях, а также неприятных ощущений. Пытаясь избежать угроз и возможных неудач, мы часто сокращаем деятельность, что приводит и к меньшему количеству позитивных впечатлений. Чтобы избежать любого риска и неудачи, вы можете прекратить делать то, где есть возможность успеха или научения чему-то новому. Поэтому избегание может усиливаться до тех пор, пока не останется очень мало занятий, где есть хотя бы шанс почувствовать себя живым или удовлетворенным, что еще больше подпитывает подавленность.

Избегание способно закрыть для вас жизнь, лишив возможности полностью ощутить ее. Хотя это может быть способом снизить риск усиления боли, это также затрудняет полную связь с хорошими вещами в жизни. Чтобы уменьшить депрессию, вам нужно рассматривать разные варианты и открыться своим возможностям, а также дать себе шанс заниматься увлекательной и полезной деятельностью — избегание предотвращает и ограничивает это.

Воссоединение с опытом

Восстановить связь с опытом позволяет непосредственное отслеживание того, что вы делаете, и того, что происходит вокруг. -Хороший способ сделать это — сосредоточить внимание на занятии, которое вы находите интересным, в которое можете полностью погрузиться. Вы можете сделать это с помощью -умственного упражнения, воссоздающего ощущение вовлеченности в какую-либо деятельность.

Вы также можете восстановить связь с опытом, намеренно увеличивая активность, которую находите интересной и поглощающей. Когда люди в депрессии, они часто бросают возбуждающие и поглощающие их занятия, продолжая выполнять домашние дела и обязанности. Следствием этого является то, что вы в конечном итоге выполняете все унылые и старательные действия, которые находите утомительными и истощающими, но не совершаете никаких интересных и веселых действий, которые заставляют вас чувствовать себя лучше и придают энергии. Важно найти правильный баланс между работой и обязанностями и позитивной деятельностью, потому что первые разряжают ваши «батареи», а вторые — подзаряжают. Это значит, что если вы делаете слишком много дел по дому и не уделяете внимания веселой, увлекающей деятельности, то будете изнашиваться.

Вовлекающие действия

Мы ищем такие виды опыта, в которых вы чувствуете себя полностью вовлеченным, погруженным в процесс или захваченным им и деталями того, что делаете; где вы теряете чувство себя и времени, испытывая ощущение полной сфокусированности на настоящем моменте. Такой опыт вовлеченности иногда описывается как опыт «потока» или опыт пика. Люди, которые играют в спортивные игры, говорят о том, что пребывают в «зоне». Независимо от того, создается такой опыт с помощью психических упражнений или фактическим участием в деятельности, он является сильным противоядием руминации, сверхобобщению и инертности, действует как мощный антидепрессант.

Разные люди находят вовлекающими разные занятия. Такая деятельность может включать в себя выполнение чего-то творческого, музыкального или художественного, фокусирование внимания на естественном мире, занятия танцами, спортом или сильные физические нагрузки, либо участие в мероприятиях, предусматривающих интеллектуальную стимуляцию и обучение. Это поиск новых ощущений, занятия с высоким уровнем адреналина, такие как скалолазание, подводное плавание, катание на лошадях, серфинг или скайдайвинг, где вы полностью сфокусированы на опыте того, что делаете, например куда дальше положить руку при скалолазании. Вовлекающая деятельность может быть и творческой, такой как живопись, где вы сфокусированы на распределении светлых и темных тонов, на цвете и текстуре, и на том, где дальше сделать мазок кистью.

Занятия, которые вы находите вовлекающими

Нет правильного или неправильного способа вовлечься во что-либо. Попробуйте думать о тех периодах, когда вы были полностью поглощены деятельностью. Используйте строки, приведенные ниже, чтобы записать несколько примеров, когда вы были полностью вовлечены в то, что делаете. **Постарайтесь быть как можно более специфичным и подробным (конкретным), насколько это возможно:**

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Общие темы поглощающей деятельности

Когда вы посмотрите на эти примеры, можете обнаружить, что у них есть некоторые общие элементы. Позитивное вовлечение с большей вероятностью произойдет при определенных условиях, многие из которых находятся под вашим контролем:

- Есть баланс между вызовом (трудностями и возможностями) задачи и вашими навыками — если задача слишком сложная, ее трудно усвоить, но если она слишком простая, будет скучно. В идеале нужно пробовать задания, которые находятся в пределах достигаемости ваших навыков и слегка выходят за рамки ваших возможностей.
- Ваше внимание сфокусировано на текущей задаче — чем больше вы уделяете непосредственного внимания тому, что делаете, тем более вовлеченным и подключенным становитесь.
- Деятельность предполагает узкую временную фокусировку — ваше внимание сосредоточено на настоящем, на том, что происходит в данный момент — прямо сейчас, а не на прошлом или будущем.
- Существуют четкие цели, правила и немедленная обратная связь. Легче вовлечься во что-то, зная, что вы пытаетесь сделать, когда на каждое ваше действие есть немедленная и прямая реакция. Так, играя на музыкальном инструменте, вы сразу слышите, какая нота сыграна; при рисовании можете видеть эффект кисти на холсте.
- Деятельность вознаграждается сама по себе — то, что вы делаете, ценится как самоцель, потому что процесс выполнения интересен, а не из-за того, чего вы могли бы достичь в результате выполнения этой деятельности. Например, занимаясь спортом, вы можете чувствовать себя хорошо, когда занимаетесь им, благодаря ощущениям в теле, независимо от того, выигрываете вы или проигрываете.
- Акцент делается на открытиях, обучении, росте — вы выполняете действия из любопытства, чтобы посмотреть, что произойдет, или чтобы учиться и совершенствоваться.

- Деятельность соответствует тому, что вы цените, — она отражает то, что важно и значимо для вас. Например, если вы цените мир природы, возможно, вам понравится гулять за городом и уделять внимание природе. Если вы цените обучение и любознательны, то найдете занятия, которые предполагают более вовлекающее обучение, например игру на музыкальном инструменте.

Ваши примеры вовлекающей деятельности — важная отправная точка

Примеры, приведенные вами выше, описывают воспоминания, которые вы можете использовать для умственных упражнений на воображение и воссоздание вовлекающих занятий. Во время этих упражнений самопомощи вы будете представлять одну из захватывающих ситуаций так ярко и конкретно, как сможете. Вы представляете, что находитесь там прямо сейчас, смотрите на сцену, видите все собственными глазами, испытываете ощущения пребывания в своем теле, используете все чувства, чтобы полностью осознать свой опыт в данный момент. Вы можете использовать упражнения, чтобы привести себя в состояние ума, в котором сильнее непосредственно связаны с опытом, чтобы практиковать данный навык и как средство для полного переживания того, что делаете. Кроме того, состояние ума, в котором вы находитесь, когда вовлечены, делает вас более мотивированным к тому, чтобы что-то делать, и облегчает полное переживание того, что вы делаете, получение от этого большего удовольствия. Поэтому может быть полезно практиковать упражнение на вовлеченность с целью привести себя в правильное расположение духа перед началом деятельности, увеличить ваши шансы начать и получить удовольствие от того, что делаете.

Ваши примеры дают подсказки относительно видов деятельности, которые вы можете найти увлекательными и полезными. Взгляните на примеры, которые перечислили. Сколькими из этих видов деятельности вы перестали заниматься или занимаетесь реже? Запишите ниже, какие из них вы хотели бы выполнять чаще:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Выберите одно из действий и запланируйте, когда начнете делать это снова в течение следующих нескольких недель. Обратите внимание на шаги вашего плана:

Деятельность:

Шаг 1. _____

Шаг 2. _____

Шаг 3. _____

Шаг 4. _____

Часто люди считают, что принятие письменного обязательства увеличивает вероятность того, что они что-то сделают. Вы рады тому, что берете на себя обязательство выполнить свой план?

Я (вставить имя) _____ обязуюсь (вставить действия)
_____ в (указать время) _____ (вставить даты) _____

Подписано _____ Дата _____

Вы можете поговорить об этом плане с терапевтом на следующей сессии.

***** Из сфокусированной на руминации когнитивно-поведенческой терапии депрессии Эдварда Р. Уоткинса. © 2016 The Guilford Press. Разрешение на ксерокопирование этой раздачи предоставляется покупателям данной книги для личного пользования или использования с отдельными пациентами.

***** Из сфокусированной на руминации когнитивно-поведенческой терапии депрессии Эдварда Р. Уоткинса. © 2016 The Guilford Press. Разрешение на ксерокопирование этого раздаточного материала предоставляется покупателям данной книги для личного пользования или использования с отдельными пациентами.

Самосострадание. Шаг за шагом

Кристин Нефф, Кристофер Гермер

The book cover features a stylized illustration of a woman with dark hair and closed eyes, wearing a pink top. She is holding a small white bird in her hands against her chest. The background is a deep blue with white clouds and several birds in flight. The title is in large white and pink letters, and the authors' names are at the top in white. A quote is at the bottom, and a small logo is in the bottom right corner.

Кристин Нефф
Кристофер Гермер

САМОСОСТРАДАНИЕ

ШАГ ЗА ШАГОМ

«Глубокое раскрытие потенциала практики сострадания
к себе в разных культурах, возрастах и контекстах».

— Ребекка Крейн, доктор философии, директор Центра исследований
и практики осознанности, Бангорский университет, Великобритания



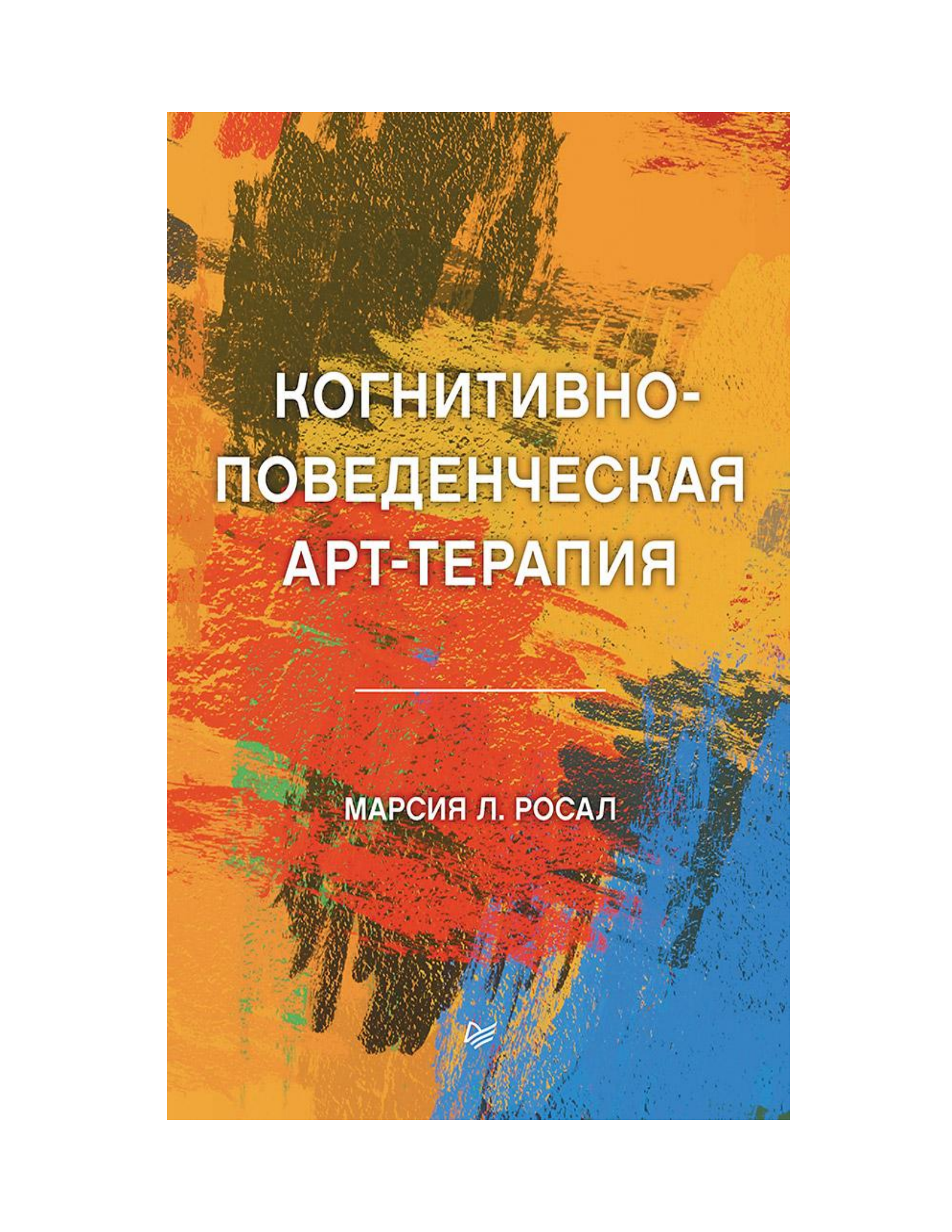
Часто ли вы сочувствуете себе? Осознаете те трудности, с которыми вам приходится сталкиваться? Умеете ли вы подбадривать и поддерживать себя. Кристин Нефф и Кристофер Гремер, авторы метода осознанного самосострадания, предлагают новый подход к установлению поддерживающих и заботливых отношений с собой. В книге вы найдете описание теории и подтверждающих ее исследований, а также уникальную программу, по которой можно обучать этому методу. Интересные примеры, взятые из сессий, помогают переформулировать привычные самоуничижительные мысли в поддерживающие, критическое само отношение в ресурсное.



КУПИТЬ

Когнитивно-поведенческая арт-терапия

Марсия Л. Росал



КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ

МАРСИЯ Л. РОСАЛ



В этой уникальной книге соединены два, казалось бы, взаимоисключающих направления психотерапии: арт-терапия и когнитивно-поведенческая терапия, их можно сравнить с трепетной ланью и конем, который везет основной груз. Цель этой книги — предложить всеобъемлющий обзор КПАТ для арт-терапевтов и других специалистов в области психического здоровья, которые хотят понять и самостоятельно оценить возможности арт-терапии в контексте рассмотрения ее как неотъемлемой части КПТ. Книга начинается с анализа исторических корней как когнитивно-поведенческой, так и арт-терапии, а также современных практик и моделей их реализации. Для более глубокого понимания этих направлений и их перспектив развития в книгу включены тематические блоки терапии с помощью искусства. Читатели встретятся с обзором истории работы с образами и воображением в психотерапии в целом, и в когнитивно-поведенческой терапии (КПТ).



КУПИТЬ

Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям

Джудит Бек



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

МАСТЕРА ПСИХОЛОГИИ

Джудит Бек

КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

ОТ ОСНОВ
К НАПРАВЛЕНИЯМ



Когнитивно-поведенческая терапия является теоретической и практической базой для специалистов всех помогающих профессий. В этой книге раскрываются современные положения одного из самых эффективных направлений психотерапии. Первое издание стало ведущим учебником в мире и легло в основу большинства университетских программ по психологии, психиатрии, социальной работе и консультированию. В новое расширенное и переработанное издание включено множество ценных сведений по значимым процессам формирования терапевтических отношений, практикам осознанности и другим техникам современных форматов КПТ. Книга предназначена для психологов, психотерапевтов, студентов гуманитарных направлений.



КУПИТЬ

Техники когнитивной психотерапии

Роберт Лихи

ТЕХНИКИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Р О Б Е Р Т
Л И Х И



Книга Роберта Лихи незаменима для специалистов и студентов, которые работают в методике когнитивно-поведенческой психотерапии. Автор описывает способы помочь клиентам выявить и изменить мысли, провоцирующие создание проблем, основные убеждения, приводящие к тревоге, модели самокритики и поиска одобрения. В этой книге он учит исследовать личные схемы мышления; справляться с болезненными эмоциями; достигать целей. Каждая техника включает в себя яркие примеры и сопровождается диалогами.



КУПИТЬ

Тактики диспута. Когнитивно-поведенческий подход

Александр Граница, Александр Зепсен, Дмитрий Ковпак

АЛЕКСАНДР ГРАНИЦА
АЛЕКСАНДР ЗЕПСЕН
ДМИТРИЙ КОВПАК

ТАКТИКИ ДИСПУТА

КОГНИТИВНО-
ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ
ПОДХОД



Эффективная когнитивно-поведенческая терапия использует диспут с клиентом не как перекрестный допрос или нравоучения, а как мягкий, осторожный, бережный и уважительный способ изучения его переживаний и убеждений. Цель диспута — помочь человеку изменить то, что от него зависит, и так, как это необходимо для улучшения качества его жизни, а также мужественно принять то, что от него не зависит, формируя в процессе терапии мудрость и умение отличать одно от другого. Эта книга может стать источником знаний, умений и навыков для формирования профессиональных компетенций как для начинающих специалистов помогающих профессий в области ментального здоровья, так и для тех, кто уже продолжает свое развитие именно как когнитивно-поведенческий терапевт.



КУПИТЬ